

Primärvårdspolitik, vinstintresset och jämlik tillgång till vård

Regional styrning och fördelningen av vårdcentraler i Region Skåne
2015-2021

Christian Koponen Edvardsson

Abstract

This thesis examines how free establishment for private health care providers relates to the geographical distribution of primary care centers in the Skane region. Also, the region's work with the primary care's reimbursement systems is examined. I theorize different ownership forms based on profit motive; publicly-run, private-in-own-operation, cooperative-private-limited-companies, and corporate-group. Each primary care center's address is linked with socioeconomic, demographic, and political election variables at the neighborhood and municipal level during 2015-2021. The analysis was performed via comparison of mean and descriptive statistics. From the politician's perspective, the results indicate that differentiation of ownership of primary care centers renders a relatively even distribution of primary care centers. From the citizens' perspective there is more primary care centers in cities and densely populated areas, while inhabitants in rural areas renders less possibilities to choose provider. The literature argues that politicians rationally adjust the reimbursement systems to counteract geographical inequality. By studying the reimbursement system 2014-2021, and by conducting two interviews with civil servants, I argue that path dependence is of central value to understanding this process. However, the results indicate that there is a discussion to be had whether the region's work should be seen as rational or based on imitation.

Nyckelord: Fri etableringsrätt, jämlikhet, primärvård, reformteori, rational choice.
Antal ord: 19 885

Innehållsförteckning

1	Inledning	1
1.1	Syfte och frågeställningar.....	5
1.1.1	Centrala begrepp och definitioner.....	5
1.2	Disposition.....	6
2	Litteraturöversikt	7
3	Teori	11
3.1	Primärvården som en kvasimarknad.....	11
3.2	Definition av bostadsområden och kommuntyper.....	12
3.3	Ägandeformer och skilda vinstintressen.....	14
3.3.1	Fyra ägandeformer av vårdcentraler.....	15
3.4	En reformteoretisk vinkel på kvasimarknader och vinstintresset.....	17
3.5	Reformteorin och dess argument.....	18
4	Metod och material	21
4.1	En kort överblick av Region Skånes vårdval, politiska styre och geografi.....	21
4.2	Vårdcentralernas ägandeform.....	22
4.3	Datamaterial från Region Skåne.....	23
4.3.1	Bostadsområden som Regionala statistikområden.....	24
4.3.2	Operationalisering av olika bostadsområden.....	25
4.3.3	Operationalisering av olika kommuntyper.....	26
4.4	Medelvärdesanalys och beskrivande statistik.....	29
4.5	Undersökning av ersättningssystemet.....	31
4.5.1	Genomgång av förfrågningsunderlag.....	31
4.5.2	Intervjuer.....	31
4.6	Etiska överväganden.....	32
4.7	Kort om tolkning och analys av det empiriska materialet.....	33
5	Resultat	34
5.1	Fördelning av vårdcentraler mellan bostadsområden och kommuntyper utifrån ägandeform.....	34

5.2	Fördelningen av nyetablerade vårdcentraler 2015-2021 och tre jämlikhetsperspektiv på fördelningen av vårdcentraler	39
5.2.1	Tre perspektiv på jämlikheten i geografiska fördelningen av vårdcentraler	41
5.3	Regionens arbete för en jämlik fördelning av vårdcentraler	44
6	Diskussion och slutsats	50
7	Referenser	53
8	Bilaga.....	59

1 Inledning

Det finns idag flera indikationer på att primärvården har ett ökande problem med det lagstadgade kravet om vård efter behov (SFS 2017:30; Johansson 2021; Riksrevisionen 2014; Burström m.fl. 2017).¹ ”Varför springer stockholmarna så mycket till doktorn?” frågar sig Dagens Nyheters ledarsida och menar att Region Stockholm har en yngre befolkning och därför borde ha lägre vårdkostnader i jämförelse med andra regioner (Dagens Nyheter Ledare 2021). Primärvården är den första vårdkontakten för medborgaren gällande alla typer av sjukdomar. Primärvården arbetar också med hälsofrämjande, förebyggande vård och rehabilitering (Burström m.fl. 2017, s. 2). Det är främst på vårdcentraler som primärvårdens arbete sker. På en typisk svensk vårdcentral arbetar fyra till tio allmänläkare, sjuksköterskor och även andra yrkeskategorier som sjukgymnaster och arbetsterapeuter (Ibid).

Från 1970-talet fram till 2010-talet var det landstingspolitikernas ansvar att bestämma var vårdcentralerna skulle placeras geografiskt. När en vårdcentral etablerades mellan 1970-talet och 2010-talet fick vårdcentralen ett ansvar för alla medborgares hälsa som bodde i närheten av vårdcentralen (Isaksson 2018, s. 2). Under 2000-talet växte kritik fram mot växande kötider till vårdcentralerna och bristande möjligheter för patienter att påverka sin vård (Fredriksson 2013, s. 95; Vårdföretagarna Almega 2019). Året 2010 hade alla regioner infört *Lagen om valfrihetssystem* (LOV) vilket innebar att *vårdval* började gälla. *Vårdval* innebär att patienter får välja vem som ska utföra vården (SFS 2008:962; Glenngård 2016, s. 72).

LOV reglerar så att privata aktörer får starta en vårdcentral var de vill så länge företaget uppfyller på förhand bestämda krav som varje region beslutar om politiskt, i litteraturen beskrivs det som att LOV innebär en *fri etableringsrätt för privata aktörer* (Isaksson 2016). Utformningen på ersättningen till vårdcentralerna och regleringen av vårdcentraluppdraget framkommer i ett dokument. Detta dokument kallas för *förfrågningsunderlag* och justeras vanligen en gång per år (SFS 2008:962, kap 2 2§, kap 4). Regionerna har själva stora möjligheter att utforma vårdcentralernas uppdrag vilket gör att det finns stora regionala skillnader. År 2016 hade Region Jämtland-Härjedalen 12 procent av vårdcentralerna i privat regi, Region Stockholm hade samma år 53 procent av vårdcentralerna i privat regi (SOU 2018:55, s. 50, 73). När en privat aktör uppfyller regionens krav och *startar en vårdcentral*, en så kallad *nyetablering* blir regionen skyldig att ersätta den nyeta-

¹ Jag vill rikta ett tack till min handledare Annika Fredén för värdefulla synpunkter och kommentarer längs vägen i uppsatsarbetet, även övriga deltagare i seminariegruppen har bidragit med värdefulla kommentarer. På Myndigheten för vård- och omsorgsanalys finns flera intressanta diskussioner. Ett tack ska också riktas till de två intervjupersonerna på Region Skåne som varit mer än tillmötesgående. Avslutningsvis också tack Amanda.

blerade vårdcentralen. LOV tvingar regionerna att ha samma regler för alla vårdcentraler och reglerar att ersättningen ska ges separat till varje vårdcentral oavsett vårdcentralens ägandeform (Vengberg m.fl. 2021, s. 461).

Största delen av finansieringen till vårdcentralernas sker via *listning* av medborgare (jfr, SOU 2018, s. 78). Listning på vårdcentral kan liknas vid att medborgaren skriver sig på en adress men istället för att medborgaren ansvarar för sin bostad får vårdcentralen ett ansvar för den listade medborgarens hälsa. För varje listad medborgare får vårdcentralen en fast summa per månad av sin region vilket kallas *kapitering*. Om en medborgare väljer att byta vårdcentral så förlorar vårdcentralen den medborgarens ersättning från regionen. LOV kan beskrivas som att ersättningen följer medborgaren men finansieringen av vårdcentralerna sker främst via skatter. Regionerna har i praktiken rätt att utforma ersättningen till vårdcentralerna hur de vill så länge alla vårdcentralerna ersätts på ett jämlikt sätt (jfr, Vengberg m.fl. 2021, s. 461).

Sedan LOVs införande finns det studier som pekar på att privata företag i högre grad etablerar sina vårdcentraler i socioekonomiskt mer välmående bostadsområden (Isaksson 2016). Flera studier framhäver att högre socioekonomisk status har ett samband med bättre hälsa och att det främst är personer med högre socioekonomisk status som nyttjar valfriheten att välja var de ska få vård (Folkhälsomyndigheten 2021; Tayya Dehbares m.fl. 2018; Blomgren & Virta 2020; Aggarwal m.fl. 2017). Kombinationen av *fri etableringsrätt* för vinstdrivande privata aktörer och att socioekonomiskt starkare grupper i högre grad nyttjar valfrihet har lett till farhågor om att vårdcentralföretag skulle rikta in sig mot friskare och mer lättbehandlade patienter eftersom de är billigare att behandla, med ekonomiska termer så kallad *cream skimming* (Vengberg m.fl. 2021, s. 460; Blix & Jordahl 2021, s. 103-105). Isaksson m.fl. (2018) argumenterar för att cream skimming förekommer i svensk primärvård genom att privata aktörer etablerar vårdcentraler i socioekonomiskt mer välmående bostadsområden. En annan farhåga som lyfts sedan LOVs införande är att landsbygden skulle se färre vårdcentraler mot städerna på grund av svårigheter med kompetensförsörjningen till vårdcentralerna på landsbygden (Kullberg m.fl. 2018 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2021a).

Studier som undersökt om privata aktörer i välfärden riktar in sig mot friskare och socioekonomiskt starkare medborgare delar oftast in ägandeformer i offentligt ägande och privat ägande (Isaksson m.fl. 2016; Isaksson m.fl. 2018; Vengberg 2021). Anledningen till att studier undersöker privata aktörers utförande av välfärd är att privata utförare anses ha ett vinstintresse som riskerar att leda till att de riktar in sig mot friskare och därmed billigare medborgare. Det finns dock nästan inga studier som undersöker om privata ägandeformer har olika vinstintresse (Broms m.fl. 2021, s. 1-2). Senaste decenniet har en debatt börjat föras om aktiebolagens roll i välfärden där kritiker menar att aktiebolag har ett vinstintresse som är högre än andra privata ägandeformer (se, Svenska Dagbladet 2022 Pålsson & Samuelsson 2022; Svenska Dagbladet 2021; Johansson & Karlsson-Norrstad 2022; jfr, Svenska Dagbladet 2020; läkartidningen 2018, 2022).

Jag kommer i denna uppsatsen att bidra med teoriutveckling genom att definiera tre privata ägandeformer som särskiljs efter hur högt vinstintresse respektive ägandeform har.

Sedan LOVs införande har regionerna behövt använda sig av sina ersättnings-systemen till vårdcentralerna för att försöka få en jämlik geografisk fördelning av vårdcentraler (jfr, Anell 2018; Isaksson 2016, s. 8-9). Regionerna får inte neka en privat etablering av en vårdcentral vilket gör att regionerna istället använder olika justeringar i sin ersättning för att göra det mer eller mindre attraktivt att etablera vårdcentraler på specifika platser (Anell m.fl. 2018). Exempelvis använder en del regioner landsbygdstillägg för att göra det mer attraktivt för privata aktörer att etablera vårdcentraler på landsbygden. Alla regioner viktar sin ersättning till vårdcentralerna efter sjukdomsburda eller socioekonomi vilket kallas *riskjustering*. En *riskjusterad ersättning* gör att en listad patient med fler sjukdomar ger en högre inkomst per månad till vårdcentralen i jämförelse med en friskare patient. Exempelvis är riskjusteringar efter socioekonomi menade att öka incitamenten för privata företag att etablera vårdcentraler i socioekonomiskt svagare bostadsområden (Anell m.fl. 2018).

Det finns studier som specifikt undersöker hur regionerna arbetar med att styra geografiska fördelning av vårdcentraler och det finns studier som undersöker den faktiska geografiska fördelningen av vårdcentraler (Kullberg 2018; Isaksson 2016). Studier som bara undersöker regionernas arbete och styrning av vårdcentralerna bidrar inte med kunskap om hur den faktiska fördelningen av vårdcentraler ser ut (Kullberg 2018). När studier istället enbart tittar på den geografiska fördelningen av vårdcentraler får studierna istället spekulera i hur regionernas styrningen ser ut (jfr, Isaksson 2016, s. 8-9).

Den här uppsatsen ger ett unikt bidrag till litteraturen genom att både undersöka geografiska fördelningen av vårdcentraler och vilka möjligheter Region Skåne har att styra vårdcentralerna i Skåne.

Genom att länka samman samtliga Region Skånes vårdcentraler mellan åren 2015 och 2021 med ett nytt datamaterial från Statistiska Centralbyrån (SCB) bidrar jag med ett unikt material som är intressant för både forskningslitteraturen och regionerna i deras styrning av vårdcentralerna. Datamaterialet från SCB innehåller både socioekonomiska och demografiska variabler på bostadsområdesnivå. Med hjälp av datamaterialet från SCB har jag i uppsatsen undersökt geografiska fördelningen av vårdcentraler mellan olika typer av bostadsområden. Region Skånes vårdcentraler har även kopplats mot Tillväxtverkets kommunindelning vilket möjliggjort en jämförelse om stadskommuner har fler vårdcentraler än landsbygdskommuner.

I uppsatsen kommer jag inte bara att undersöka geografiska fördelningen av vårdcentraler utan också hur *möjligheterna* ser ut för Region Skåne att styra den geografiska fördelningen av vårdcentraler. Trots att LOV ger privata aktörer en fri etableringsrätt till att starta vårdcentraler har regionerna fortfarande ett lagstadgat ansvar för att medborgarnas tillgång till vård blir jämlik (SFS 2017:30). Idén till LOV i primärvården kan beskrivas som grundad i en teorigrän kallad *rational choice institutionalism* (Lowndes & Roberts 2013, s. 32-33, 35). Rational choice institutionalism definierar institutioner som att de skapar 'the rules of the game'. Den institution som denna uppsatsen är intresserad av är *Region Skåne tillsammans med övriga aktörer som arbetar med styrningen av vårdcentraler*. Rational choice institutionalismen menar att förändring kan förklaras som en rationellt kalkylerande

process där egenintresserade aktörer förhandlar fram slutprodukten (Ibid). De studier som finns om LOV och regionernas styrning av vårdcentralerna utgår ofta från ramverk grundade i rational choice institutionalismen. Studier om LOV menar att regionerna rationellt justerar ersättningssystemet till vårdcentralerna med målet att få en jämlik vård (jfr, Isaksson m.fl. 2016; Isaksson m.fl. 2018; Anell m.fl. 2018; Vengberg m.fl. 2021).

Statsvetenskapen har länge problematiserat rational choice institutionalismen eftersom teorin bygger på antaganden om att människan är rationell och drivs av egenintresse (Lowndes & Roberts 2013, s. 32-33, 35). Empiriska studier visar att det inte nödvändigtvis är egenintresse och rationalism som är de grundläggande förklaringsmodellerna bakom människors organisering och handlande. Statsvetare lyfter oftare fram organisationers *trögrörlighet* och handlande genom *imitation* som viktigare orsaksfaktorer (se, Andersson m.fl. 2017, s. 23; Jacobsson m.fl. 2015). LOV gör att vårdcentralerna tvingas konkurrerar om att *lista patienter* för att få ersättning från regionen. Även om vårdcentralerna kan beskrivas som egenintresserade för att LOV tvingar vårdcentralerna att konkurrera om patienter är det inte säkert att regionernas styrning av vårdcentralerna kan ses som rationell och byggd på egenintresse.

I den här uppsatsen kommer jag jämföra rational choice institutionalismen mot en statsvetenskaplig förklaringsmodell på Region Skånes styrning av vårdcentralerna. Detta ger ett teoretiskt bidrag till litteraturen och även praktisk kunskap till regionerna om vilka begränsningar de har i styrningen av vårdcentralerna. Den statsvetenskapliga teorin jag kommer använda i min jämförelse med rational choice institutionalismen kallas av Andersson m.fl. (2017, s. 23) för *reformteori*. Reformteorin grundat sig på en idé om att människors handlande bygger på imitation. Reformteorin menar också att politisk förändring ofta tar lång tid och är trögföränderlig på grund av att tidigare beslut skapar begränsningar.

Denna uppsats innehåller en unik kombination av en empirisk undersökning av geografiska fördelningen av vårdcentraler i Skåne tillsammans med en fördjupning i Region Skånes möjligheter att rationellt styra fördelningen av vårdcentraler. Mitt fall är Region Skåne åren 2015 till 2021. En region som både innehåller landsbygdskommuner och Sveriges tredje folkrikaste stad. I Skåne finns både bostadsområden med socioekonomiska utmaningar och bostadsområden med goda socioekonomiska förutsättningar (Delegationen mot segregation u.å.). Region Skåne genomgick ett maktskifte 2018 vilket innebär en variation i politiska ansvaret för arbetet med geografiska fördelningen av vårdcentraler i Skåne över de åren som undersöks i denna uppsats.

1.1 Syfte och frågeställningar

Syftet med denna uppsats är att undersöka hur fri etablering för privata aktörer relaterar till jämlikheten i geografiska fördelningen av vårdcentraler i Region Skåne. Detta genom att särskilja ägandeformer utifrån vinstintresse. Syftet är också att presentera en statsvetenskaplig förklaring på hur regionens arbete med jämlikheten i geografiska fördelningen av vårdcentraler kan beskrivas.

Denna uppsats har tre frågeställningar.

- Finns det någon skillnad i fördelningen av vårdcentraler mellan bostadsområden och kommuntyper utifrån ägandeform?
- Hur ser fördelningen av nyetablerade vårdcentraler ut mellan åren 2015 och 2021?
- Vilka möjligheter och begränsningar hade Region Skåne i arbetet med ersättningsystemet under åren 2014 till 2021?

1.1.1 Centrala begrepp och definitioner

Jag menar att *jämlikhet i geografiska fördelningen av vårdcentraler* kan ses ur tre perspektiv (se, (se, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2021a, s. 67-69, 177-181; se, Kullberg 2018). Från Region Skånes perspektiv har regionen ett ansvar för att alla medborgare har någorlunda jämnt avstånd till sin närmsta vårdcentral.

- En jämlik geografisk fördelning av vårdcentraler från Region Skånes perspektiv definieras som: *Att fördelningen av antalet vårdcentraler per medborgare är likvärdig mellan avgränsade geografiska områden.*

Jämlikhet från medborgarens perspektiv delar jag upp i två nivåer. LOV reglerar att medborgare ska kunna lista sig på valfri vårdcentral. För att medborgaren ska kunna välja en vårdcentral krävs att medborgaren har minst två vårdcentraler att välja mellan. För medborgarna kan en jämlik fördelning av vårdcentraler definieras ur samma perspektiv som Region Skånes, men medborgarna har också en rättighet att nyttja valfrihet vilket kräver att det finns flera alternativ av vårdcentraler i närheten.

- En jämlik geografisk fördelning av vårdcentraler från medborgarens perspektiv kan definieras ur två perspektiv: A): *Att fördelningen av antalet vårdcentraler per medborgare är likvärdig mellan avgränsade geografiska områden.* Och B): *Att geografiskt avgränsade områden har en likvärdig fördelning av antalet vårdcentraler.*

Med *geografiskt avgränsade områden* menar jag *bostadsområden* och *kommuntyper*. I teorikapitlet definieras totalt fyra skiljelinjer mellan olika geografiska områ-

den. Huvudfokus i uppsatsen är dock på skiljelinjen mellan *socioekonomiska bostadsområden* och skiljelinjen mellan kommuntyperna *stadskommuner och landsbygdskommuner*.

Med *ersättningsystemet* menar jag Region Skånes ersättningssystem till vårdcentralerna. Med '*möjligheter*' och '*begränsningar*' i *arbetet med ersättningsystemet* menar jag möjligheter och begränsningar kring vilka skrivningar Region Skåne har möjlighet att göra och förändra från ett år till ett annat i förfrågningsunderlaget till vårdcentralerna. Förfrågningsunderlaget är det dokument som reglerar ersättningen till vårdcentralerna och justeras vanligen en gång per år av Region Skåne.

1.2 Disposition

Kapitel 2 Är en genomgång av tidigare studier som ligger nära denna uppsatsens fokusområde. *Kapitel 3* är en genomgång av uppsatsens teoretiska ramverk. Först i kapitel 3 definieras olika skiljelinjer mellan bostadsområden och olika kommuntyper. I nästa del av kapitlet definieras fyra olika ägandeformer av vårdcentraler där tre privata ägandeformer särskiljs efter vinstintresse, den fjärde ägandeformen är Region Skånes vårdcentraler som inte kan jämföras med de privata ägandeformerna. Sista delen i kapitel 3 innehåller en *diskussion* som ligger till grund för analysen av vilka möjligheter och begränsningar Region Skåne har i arbetet med ersättningsystemet till vårdcentralerna, *diskussionen* är en jämförelse mellan rational choice teorin och reformteorin.

I *kapitel 4* presenteras de material och metoder som använts i uppsatsarbetet. För att undersöka geografiska fördelningen av vårdcentraler användes medelvärdesanalyser, korstabeller och beskrivande statistik. För att undersöka vilka möjligheter och begränsningar Region Skåne haft i arbetet med ersättningsystemet har flera förfrågningsunderlag gått igenom och två intervjuer genomförts. I *kapitel 5* presenteras uppsatsens resultat som först innehåller en genomgång av geografiska fördelningen av vårdcentraler mellan bostadsområden och kommuntyper utifrån ägandeform. Sedan presenteras fördelningen av nyetablerade vårdcentraler i Region Skåne mellan åren 2015 och 2021, tillsammans med en summerande diskussion om hur fri etablering för privata aktörer relaterar till jämlikheten i geografiska fördelningen av vårdcentraler i Region Skåne. Kapitel 5 avslutas med en genomgång av vilka möjligheter och begränsningar Region Skåne haft i arbetet med ersättningsystemet till vårdcentralerna under åren 2015 till 2021. I det avslutande *kapitel 6* förs en sammanfattande diskussion om uppsatsens fynd, jag presenterar också tre övergripande slutsatser och förslag på fortsatta forskningsområden.

2 Litteraturöversikt

Sedan införandet av LOV i primärvården har flera studier publicerats med syftet att undersöka olika dimensioner av jämlikhet (Isaksson m.fl. 2016; Isaksson m.fl. 2018; Anell m.fl. 2018; Beckman & Anell 2013; Sveréus m.fl. 2018). Flera myndighetsrapporter och utvärderingar har också undersökt LOVs påverkan på olika aspekter av jämlikheten i primärvården (se, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2021a, 2021b; Riksrevisionen 2014; på liknande tema se även, Johansson 2021). Studier visar att LOV har lett till en ökning av antalet patientbesök på vårdcentraler (se, Glenngård 2016; Sveréus m.fl. 2018). Ökningen av antalet patientbesök på vårdcentraler har till viss del ökat ojämlikheten eftersom socioekonomiskt svagare grupper inte ökat sina vårdbesök i samma utsträckning som andra grupper (Beckman & Anell 2013).

Burström m.fl. (2017) undersöker i en *litteraturöversikt* olika studier som studerat LOV. *Litteraturöversikter* kan användas för att få en samlad bild av forskningen på ett visst område. Burström m.fl. (2017) undersöker hur LOV påverkat primärvården och hur starka slutsatser som är möjliga att dra av påverkan LOV haft. Burström m.fl. menar att mer forskning behövs för att följa upp de långsiktiga effekterna som LOV har på struktur, process och utfall i primärvården, och hur olika typer av ersättningssystem kan motverka ojämlikheten som riskerar att skapas av LOV. Burström m.fl. menar också att *resursallokeringen* i primärvården blivit mer beroende av vårdcentralens placering, patientval och efterfrågan istället för patientens *vårdbehov*. Med *resursallokering* menar de hur pengar fördelas mellan vårdcentraler. *Vårdbehov* är ett begrepp som kan beskrivas som en skala där en sjukare patient har ett *högre vårdbehov* och en friskare patient har ett *lägre vårdbehov*. I Hälso- och sjukvårdslagen står det att patienter med störst vårdbehov ska få vård först (SFS 2017:30). Studien av Burström m.fl. pekar också på att vårdcentralerna fått ett mindre folkhälsoansvar efter LOV vilket riskerar att få en negativ påverkan på folkhälsan.

De studier som på olika sätt undersökt om vinstintresset leder till att privata företag inom vården aktivt väljer bort sjukare patienter för att maximera sin vinst finner visst stöd för det. Nästan samtliga studier som undersöker vinstintresset särskiljer bara mellan privat och offentlig drift (Isaksson m.fl. 2016, s. 7; Isaksson m.fl. 2018; Vengberg 2021; Isaksson m.fl. 2018). Isaksson m.fl. (2018) noterar att privata företag som driver vårdcentraler aktivt väljer bort patienter för att maximera sin vinst främst genom att välja var vårdcentralen ska placeras rent geografiskt. Att den geografiska placeringen av vårdcentralen verkar vara central är logiskt då både svenska och internationella studier visar att det främst är socioekonomiskt starka grupper som använder valfrihet i vården, socioekonomiskt starka grupper är också generellt sett friskare och billigare att behandla än socioekonomiskt svagare grupper (Tayya Dehbares m.fl. 2018; Blomgren & Virta 2020; Aggarwal m.fl. 2017;

Folkhälsomyndigheten 2021). En studie av Ranstad m.fl. (2017) sticker delvis ut i jämförelse med andra studier eftersom deras resultat pekar på att *fler sjukdomar, ålder* och *typ av vårdcentral* är viktigare faktorer för att förklara varför patienter gör ett aktivt val av vårdcentral. Randstad m.fl. undersökte dock Blekinge län innan LOVs införande vilket gör studien svår att relatera till Region Skåne. I en litteraturoversikt av Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021b, s. 113) kommer myndigheten fram till att kunskapen är begränsad om hur patienters valfrihet påverkar vården.

Isaksson m.fl. (2016), och även Anell m.fl. (2018) undersöker geografiska fördelningen av vårdcentraler mellan bostadsområden i Sverige. Isaksson m.fl. (2016, s. 5) operationaliserar bostadsområden med data som gör att antalet boende i respektive bostadsområde varierar mellan 100 och 10 000 invånare. Anell m.fl. (2018) använder istället Small Areas for Market Statistics (SAMS) som delar in Sverige i över 9 000 bostadsområden. Anell m.fl. (2018, s. 5) menar dock att det inte är troligt att ett privat företag som vill starta en vårdcentral bara tittar på ett litet SAMS vid beslut om var de ska placera vårdcentralen. Anell m.fl. utvidgar SAMS med 3 km för att få en större geografisk operationalisering av bostadsområden. Anell m.fl. (2018, s. 5) menar att det inte finns något bra teoretiskt mått på hur stora geografiska områden som vårdcentraler arbetar inom.

Anell m.fl. (2018) menar att det finns en risk för att privat företag främst startar upp vårdcentraler i socioekonomiskt mer välmående bostadsområden. De undersöker om så kallade *riskjusteringar* i ersättningsystemet kan locka privata företag att starta vårdcentraler i socioekonomiskt svagare bostadsområden. *Riskjusteringar* innebär som bekant att ersättningen till vårdcentralen beräknas så att sjukare patienter ger en högre inkomst till vårdcentralen och tvärtom för friskare patienter. Anell m.fl. undersöker två typer av riskjusteringar som de flesta regionerna använder; det är dels *Adjusted Clinical Groups (ACG)* och dels *Care Need Index (CNI)*. Ju högre värde på ACG och CNI en listad patient har desto mer pengar får vårdcentralen. ACG klassificerar patienter i 93 olika grupper baserade på kön, ålder och tidigare diagnoser. CNI använder följande variabler: *Ålder över 65 år och ensamstående, Utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika), Arbetslös eller i åtgärd 16–64 år, Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre, Person ett år eller äldre som flyttat in i området, Lågutbildad 25–64 år, Ålder yngre än fem år* (Anell 2018; se även, Lindgren 2014, s. 19; SOU 2018:55, s. 77).

Anell m.fl. (2018) tittade på nyetableringar av vårdcentraler i hela Sverige för åren 2005 till 2013. Deras resultat visade att riskjustering enligt CNI signifikant ökade etableringen av privata vårdcentraler i socioekonomiskt svagare bostadsområden. Några saker är dock värda att notera i studien. Det första är att effekten av CNI tycks vara relativt liten, det högsta förklaringsvärdet i deras 'difference-in-difference' modell har ett förklaringsvärde på fyra procent. 'Difference-in-difference' är en typ av regressionsanalys som kan användas för att undersöka en *intervention*s påverkan genom en jämförelse av en grupp som fått interventionen och en grupp som inte fått interventionen. Den huvudsakliga *interventionen* i studien av Anell m.fl. var just CNI. Ingen region visade sig endast använda ACG utan samtliga regioner som riskjusterade med hjälp av ACG använde också CNI. Riskjustering

med hjälp av ACG visade sig inte ha en signifikant effekt på vilka typer av bostadsområden privata företag väljer att etablera vårdcentraler i. Anell m.fl. visar att riskjustering med CNI signifikant ökade nyetableringar av privata vårdcentraler i socioekonomiskt svagare bostadsområden men bara inom ett visst gränsvärde, för socioekonomiskt starkare eller svagare bostadsområden utanför gränsvärdet var effekten närmare noll på privata nyetableringar av vårdcentraler.

Vengberg m.fl. (2021) undersökte i en intervjustudie hur läkare och verksamhetschefer på vårdcentraler upplevde och hanterade incitamenten i två regioners ersättningsystem. Studien undersökte två regioner med olika ersättningsystem till vårdcentralerna. Både verksamhetscheferna och läkarna visade sig vara medvetna om ersättningsystemet men läkarna var något mindre insatta än verksamhetscheferna. Exempel på hur ersättningsystemet påverkade vårdcentralerna var att *riskjusterad ersättning per listad patient* var synonymt med ett ökat fokus från läkarna på att ge fler diagnoser under patientbesöken. Vårdcentraler som fick en *ersättning per patientbesök* tenderade att korta besökstiden för patienterna och att söka efter friskare patienter att boka möten med. *Resultatstyrning* var en sista ersättningsmodell som enligt Vengberg m.fl. skulle kunna leda till ett överdrivet fokus på administration och andra aktiviteter som behövde göras för att uppfylla vissa resultat. *Resultatstyrning* innebär att regionen sätter olika mål och de vårdcentraler som uppfyller målen får en extra ersättning. Resultatstyrning på vårdcentralnivå kan exempelvis vara att vårdcentraler får dela på x antal miljoner om de har en hög svarsfrekvens när patienter ringer in till vårdcentralen. Flera läkare visade sig starkt kritiska till resultatstyrning men resultatstyrningen visade inga större effekter på vårdcentralernas arbete (Vengberg m.fl. (2021, s. 469). Inga större skillnader identifierades mellan hur privata och offentliga vårdcentraler hanterade olika ersättningsmodeller.

Statsvetenskapliga studier har särskilt kritiserat den svenska förvaltningens ökade användning av resultatstyrning senaste decennierna (för en summering se, Jacobsson m.fl. 2015, s. 108—109, 118-126; Hall 2012, s. 21). Resultatstyrning beskrivs i de statsvetenskapliga studierna vara nära knutet till nyliberala idéer och mitten-högerpolitik (se, Jacobsson m.fl. s. 108-110). Kritiken som lyfts mot resultatstyrning i studierna är att det ofta är svårt att sätta pris på *offentliga varor*, ett primärvårdsbesök skulle kunna vara just en sådan *offentlig vara*. Resultatstyrningen riskerar att leda till en situation där förvaltningen och utförarna av välfärd bortprioriterar de centrala delarna av verksamheten för att istället fokusera på resultat som genererar ersättning, detta kallas med andra ord för målförvirring (Hall 2012, s. 21).

Kullberg m.fl. (2018) intervjuade i deras studie politiker och tjänstemän i tre regioner i norra Sverige. Resultaten från studien visar att det sedan LOVs införande blivit allt svårare att få en jämlik geografisk fördelning av vårdcentraler på landsbygden. Resultaten från Kullberg m.fl. stöds även av en rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021a, s. 67-83) där kompetensförsörjningen lyfts fram som en utmaning. Även om vissa skillnader mellan stad och landsbygd identifierades i myndighetsrapporten såsom långa avstånd på landsbygden var skillnaderna ändå relativt små gällande medborgarnas tillgänglighet till den vårdcentralen de var listade på.

I en studie av Isaksson m.fl. (2016) visade det sig att LOV har lett till att vårdcentraler etablerar sig i socioekonomiskt mer välmående bostadsområden i jämförelse med befintliga vårdcentraler som startades innan LOV, men effekten Isaksson m.fl. identifierade var relativt liten. Av vårdcentraler etablerade efter LOV fram till 2013 var 95 procent i privat drift. Exempelvis visade sig vårdcentraler etablerade innan LOV ha 0,8 procentenheters fler arbetslösa i bostadsområdet och 0,7 procentenheter fler personer med lägre utbildning, i jämförelse med bostadsområden där nyetablerade vårdcentraler efter LOV etablerat sig. En större effekt var att medianinkomsten i bostadsområden med nyetablerade vårdcentraler efter LOV var 9900 kronor högre än för bostadsområden med vårdcentraler som etablerades innan LOV. Isakssons m.fl. menar att trots små skillnader mellan bostadsområden med vårdcentraler som etablerades innan och efter LOV, så är resultaten värda att lyfta fram i en svensk kontext som har ett stort fokus på jämlik vård. Isaksson m.fl. resonerar också om att regionerna verkar ha lyckats få en relativt jämlik fördelning av vårdcentraler genom att använda riskjusteringar i ersättningen till vårdcentralerna (Isaksson m.fl. 2016, s. 8-9).

Utifrån den tidigare forskningen framkommer också ett antal *förväntningar* på hur resultatet kan komma att se ut för denna uppsats. En förväntan är att företag med högre vinstintresse kommer att ha fler vårdcentraler fördelade i socioekonomiskt mer välmående bostadsområden. En ytterligare förväntan är att en övervikt av privata vårdcentraler kommer vara placerade i större städer. En motkraft mot en ojämlig geografisk fördelning av vårdcentraler verkar vara Region Skånes ersättningssystem.

Riskjustering efter ACG och CNI tycks ha potential att jämna ut fördelningen av vårdcentraler mellan bostadsområden men effekten verkar vara relativt liten. Ingen studie på vårdcentraler särskiljer mellan olika privata aktörer och de flesta studier undersöker data som är ett antal år gammal när LOV var en relativt ung reform. Detta försvårar förutsägelsen om av vad jag kommer att få för resultat i den här uppsatsen.

I den tidigare forskningen framställs något av en kamp där den ena sidan är vinstdrivande aktörer som vill etablera sig i bostadsområden med socioekonomiskt starkare patienter som är billigare att behandla. Regionen försöker på andra sidan justera sin ersättning och arbetar rationellt med justering av ekonomiska incitament för att få en jämn geografisk fördelning av vårdcentraler (jfr, Isaksson m.fl. 2016, s. 8-9). En förväntan är också att Alliansens maktövertagande i Region Skåne 2018 har lett till att mer resultatstyrning används i ersättningssystemet till vårdcentralerna då Alliansen kan beskrivas som en mitten-högerkoalition (jfr, Jacobsson 2015).

Vid genomgången av tidigare forskning har jag inte hittat statsvetenskapliga studier som undersöker regionernas arbete med ersättningssystemet till vårdcentralerna. I teorikapitlet kommer jag utveckla ett resonemang där jag jämför en reformteoretisk förklaringsmodell mot den tidigare forskningens beskrivning av regionernas arbete med ersättningssystemet.

3 Teori

Teorikapitlet inleds med en beskrivning av primärvården som en kvasimarknad. Sedan definierar jag fyra skiljelinjer mellan bostadsområden och mellan kommuntyper. De skiljelinjer jag identifierar är *socioekonomiska*, *demografiska*, *stad och landsbygd* och *ideologiska*. Sedan definierar jag tre privata ägandeformer efter vinstintresse, det har inte varit möjligt att definiera Region Skånes vinstintresse. Kapitlet avslutas med att jag presenterar ett reformteoretiskt ramverk som jag också jämför med en rational choice teoretisk syn på regionernas arbete med primärvården.

3.1 Primärvården som en kvasimarknad

Marknadskrafternas relation till jämlikhet har länge debatterats i samhällsvetenskapen. I *Den stora omdaning* från 1944 argumenterar Polanyi (2012) för en pendelrörelse där kapitalismen ökar sitt genomslag och att allt fler delar av samhället *varufieras* såsom människors arbetskraft. Om jag tar människors arbetskraft som ett exempel betyder *Varufiering* att arbetskraft blir en vara som kan köpas och säljas. Till slut måste staten *avvarufiera* människors arbetskraft på grund av de negativa konsekvenserna varufiering för med sig. *Avvarufiering* betyder att något slutar ses som en vara. Inte minst har Polanyis tankar spelat en central roll i Esping-Andersens (1990) inflytelserika kategorisering av välfärdsregimer där graden av varufiering av välfärdstjänster ges central plats i en jämförande ansats mellan olika länders socialförsäkringssystem. På andra sidan finns exempelvis von Hayek som menar att marknaden trots sina brister är den överlägset bästa principen för att fördela resurser. I hans klassiska verk *Vägen till trädedom* tecknar von Hayek (2005) en bild av socialismen som en väg mot ett totalitärt samhälle.

Primärvården i Sverige kan beskrivas som en *kvasimarknad*. Skillnaden mellan en vanlig marknad där säljaren säljer en vara och köparen köper en vara är att en kvasimarknad saknar en *fri prisbildning* (jfr, Blix & Jordahl 2021, s. 18). *Fri prisbildning* innebär att säljaren är fri att sätta priset på varan som är till salu. Även om det finns mindre patientavgifter får privata vårdcentraler inte sätta ett pris på sjukvårdstjänsterna de utför. Vårdcentralerna finansieras istället av sin region via i huvudsak *kapitering*, alltså en månadsersättning per listad patient. Primärvården har alltså en konkurrenssituation där vårdcentraler konkurrerar om patienter och patienter har en efterfrågan på vård som de går till vårdcentralen för att fylla, men primärvården saknar en fri prisbildning vilket gör att den kan beskrivas som en kvasimarknad.

3.2 Definition av bostadsområden och kommuntyper

I uppsatsen definieras fyra skiljelinjer mellan olika bostadsområden. På samma sätt kan fyra skiljelinjer identifieras mellan olika kommuntyper. Definitionerna bygger på ett antagande att det går att undersöka de olika skiljelinjerna via en geografisk indelning i bostadsområden och kommuntyper (se Isaksson 2016, s. 1-2). I uppsatsen menar jag att det finns en *socioekonomisk* skiljelinje, att det finns en *demografisk* skiljelinje, att det finns en skiljelinje mellan *stad och landsbygd* och att det finns en *ideologisk* skiljelinje. När jag i uppsatsen jämför geografiska fördelningen av vårdcentraler är det en jämförelse som utgår från de fyra skiljelinjerna socioekonomi, demografi, stad och landsbygd och ideologi.

Socioekonomi definieras som ”ett mått på en persons samlade ekonomiska och sociala status” (Baker 2014). Olika socioekonomiska grupper har systematiskt olika livsvillkor, levnadsförhållanden och levnadsvanor vilket även leder till en ojämlik hälsa mellan socioekonomiska grupper (Folkhälsomyndigheten 2021, s. 14). Lägre inkomst, utbildning och att vara invandrad till ett nytt land innebär en lägre socioekonomisk status. Högre utbildning, inkomst och längre boendetid i ett land innebär en högre socioekonomisk status. Sedan kan utbildning, inkomst och andra enskilda faktorer variera för en person vilket ger en blandad socioekonomisk status. Ett antagande som görs i denna uppsats är att det går att kategorisera bostadsområden efter socioekonomisk status (jfr, Isaksson 2016; Anell m.fl. 2018). Begreppet socioekonomi kan kritiseras för att vara ett för oprecist begrepp, socioekonomi är dock det mest använda begreppet i litteraturen när ojämlikhet undersöks.²

Privata ägandeformer får fritt välja var de ska geografiskt placera sina vårdcentraler enligt LOVs regelverk. Flera studier pekar på att det finns en risk att privata företag väljer bort socioekonomiskt svagare bostadsområden för att socioekonomiskt svagare grupper generellt har sämre hälsa och kostar mer att behandla (Anell m.fl. 2018; Isaksson 2016). *Cream skimming* definieras i denna uppsatsen som att ägare av vårdcentraler systematiskt etablerar sig i områden med friskare patienter (Blix & Jordahl 2021, s. 103; Vengberg 2021, s. 460).

Utöver socioekonomi finns även *demografiska variabler* som är förknippade med sämre hälsa. Socioekonomi är något som politiker kan försöka förändra genom olika insatser. *Demografiska skiljelinjer* som ålder, kön och genetiskt arv påverkar risken för sämre hälsa men kan inte påverkas av ekonomiska eller sociala insatser (Folkhälsomyndigheten 2021, s. 13).

Skiljelinjen *stad och landsbygd* saknar en given definition i litteraturen (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2021a, s. 31). Men olika studier har visat att vårdcentraler på landsbygden har svårare att rekrytera personal till vårdcentralerna i jämförelse med vårdcentraler i städer (Kullberg 2018; Myndigheten för vård- och

² Klassiska socioekonomiska mått är utbildningsnivå, inkomst och medborgarstatus. Dessa enskilda mått interagerar även med varandra, till exempel identifierar Delegationen mot Segregation bostadsområden med hög andel utrikes födda och med låg medelinkomst. I den litteraturen uppsatsen konsulterat är socioekonomi det i huvudsak använda begreppet i relation till ojämlikhet (jfr, Burström m.fl. 2017, s. 7; Isaksson 2016; s. 5). Vengberg 2021, s. 465; Anell m.fl. 2018, s. 1).

omsorgsanalys 2021a, s. 127). I den här uppsatsen kommer jag i metodkapitlet definiera stadskommuner och landsbygdskommuner med hjälp av en definition från Tillväxtverket som särskiljer mellan storstadskommuner, täta kommuner och landsbygdskommuner. Även om socioekonomiska förutsättningar ibland är sämre på landsbygden än i städerna pekar studierna främst på att landsbygden riskerar att få färre vårdcentraler än vad städerna får på grund av svårigheter med kompetensförsörjningen till vårdcentralerna (Kullberg 2018; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2021a).

Skiljelinjen *ideologi* finns det få studier på men Anell m.fl. (2018) resonerar om att högerväljares eventuella efterfrågan på privata vårdcentraler skulle kunna leda till fler privata vårdcentraler i geografiska områden som har fler högerväljare. På samma sätt kan ett resonemang föras om att vänsterorienterade väljare inte vill ha privata vårdcentraler vilket skulle kunna leda till färre privata vårdcentraler. Anell m.fl. (2018) påpekar att privata äldreboenden är vanligare i kommuner som har fler högerväljare. Det är värt att notera att äldreboenden är ett ansvar för kommunerna men att vårdcentralerna är ett ansvar för regionerna. Eftersom ansvaret för vårdcentralerna och äldreboenden ligger på olika nivåer är det inte säkert att resultat från studier på äldreboenden går att översätta till studier på vårdcentraler. Studien som Anell m.fl. (2018) genomfört visade inte på några signifikanta skillnader på antalet privata vårdcentraler mellan olika kommuner efter ideologi. Studien av Anell m.fl. är dock några år gammal och på ett annat datamaterial än vad jag använder vilket gör att det inte går att utesluta att det finns skillnader i fördelningen av vårdcentraler efter geografiska områdets ideologi.

Avslutningsvis ska det tilläggas att samtidigt som jämlikhet är centralt i Hälso- och sjukvårdslagen finns samtidigt andra värden utöver jämlikhet (SFS 2017:30). Politiker måste ta ställning till flera olika mål som ibland är motstridiga. Det finns ingen klar definition av jämlik geografisk fördelning av vårdcentraler vilket försvårar politiska styrningen av fördelningen av vårdcentraler. Det finns också flera krav utöver jämlikhet såsom effektivitet som politikerna också måste ta hänsyn till. Ibland finns det situationer där det går att argumentera för att jämlikheten behöver prioriteras ner och andra värden prioriteras upp. En hypotetiskt fråga för Region Skåne innan de startar upp en ny offentlig vårdcentral skulle kunna vara om vårdcentralen ska placeras i centrala Malmö eller utanför orten Löberöd. En ny vårdcentral i Malmö skulle korta köerna för tusentals patienter medan en ny vårdcentral utanför Löberöd skulle bidra till att några hundra medborgare skulle få närmare till en vårdcentral.

Ett dilemma som politiker kan ställas inför är att en vårdcentral i en större stad som Malmö troligtvis är mer effektiv som enskild vårdcentral än en vårdcentral i ute på landsbygden. En vårdcentral i Malmö ligger geografiskt närmare fler medborgare och kan därmed korta köerna för fler medborgare än en vårdcentral på landsbygden. Men att bara placera vårdcentraler i större städer för att det skulle vara mer effektivt går emot Hälso- och sjukvårdslagen där det står att ”Regionen ska planera sin hälso- och sjukvård med utgångspunkt i behovet av vård hos dem som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård” (HSL 2017:30, kap 7 2§). Eftersom alla medborgare inte kan få en vårdcentral placerad på sin egen adress måste politiker prioritera mellan olika värden som effektivitet och jämlikhet när de

ska placera ut en ny offentlig vårdcentral. Komplexa val mellan potentiell effektivitet och jämlikhet saknar ett exakt svar. Ett närliggande statsvetenskapligt begrepp är 'wicked problems' vilket betyder att politiker lämnas att ta beslut om komplexa problem (Andersson m.fl. 2017, s. 24).

3.3 Ägandeformer och skilda vinstintressen

Forskning som jämför hur olika ägandeformer arbetar inom välfärden fokuserar nästan bara på jämförelsen mellan offentligt drift och privat drift (Isaksson m.fl. 2018; Anell m.fl. 2018; Knutsson & Tyrefors 2022). Inom ekonomisk teori finns en idé om att privata utförare kan dra ner kostnader i jämförelse det offentliga. Ekonomisk teori menar däremot också att det finns en risk att privata utförare drar ner på kvaliteten för att spara pengar (Knutsson & Tyrefors 2022; Shleifer 1998; se även, Molander 2017, s. 53-55).

Knutsson och Tyrefors (2022) visar empiriskt i sin studie att privata ambulanser i Region Stockholm drevs billigare och visade bättre utfall på mått som reglerades i kontraktet i jämförelse med Region Stockholms egna ambulanser. Ett utfall som inte reglerades i ambulanskontraktet var dödlighet. Patienter som hämtades med privat ambulans hade 1,4 procent högre risk för död inom 3 år än patienter som hämtades av regionalt driven ambulans (motsvarande 420 fler dödsfall/år). Vinstintresset antas i ekonomisk teori vara högre för privata aktörer än offentliga aktörer. I jämförelse med offentliga aktörer antas privata aktörer ha ett högre motiv till att minska kostnader och att göra besparingar genom att minska kvalitén på tjänster (Blix & Jordahl 2021, s. 103; Vengberg 2021).

I samhällsdebatten har fler börjat argumentera för att vinstintresset även skiljer sig mellan privata aktörer (Broms m.fl. 2021; Pålsson & Samuelsson 2022; Svenska Dagbladet 2022). I skolans värld förs en debatt om att förbjuda aktiebolag från att driva skolor. Exempelvis beställde Lärarnas riksförbund året 2021 en rapport som skulle beskriva hur aktiebolag kan fasa ut från skolväsendet (Pålsson & Samuelsson 2022; se också, Johansson & Karlsson-Norrstad 2022). Inom sjukvården har företag som driver digital vård via videosamtal fått kritik eftersom friskare och socioekonomiskt starkare grupper i högre grad nyttjar digital vård i jämförelse med socioekonomiskt svagare grupper, socioekonomiskt svagare grupper har också generellt ett högre vårdbehov än socioekonomiskt starkare grupper. Det är inte heller bevisat att digital vård avlastar den fysiska vården (se, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2022, s. 158-160).

I ett working-paper från Quality of Government institutet definierar Broms m.fl. (2021) uttryckligen flera olika privata ägandeformer efter vinstintresse inom äldreomsorgen. Broms m.fl. (2021, s. 5-6) argumenterar för att vinstmaximering har två dimensioner, *önskad vinstmarginal* och *tiden för när vinsten tas ut*. I studien menar Broms m.fl. att investmentbolag strävar efter en hög avkastning under en kort tid och att aktiebolag som handlas öppet på börsen eftersträvar kortsiktig vinst. Aktiebolag som handlas öppet på börsen kallas *publika aktiebolag*. Aktiebolag som inte handlas öppet på börsen eftersom aktiebolaget själva äger aktierna menar Broms

m.fl. har ett lägre vinstintresse. Aktiebolag som inte har sina aktier öppet på börsen kallas *privata aktiebolag*. Icke-vinstdrivande organisationer anses i studien av Broms m.fl. ha lägst vinstintresse.

Det finns två oklarheter kring definitionen av ägandeformer som Broms m.fl. (2021) gör. Det är oklart vad de menar med *önskad vinstmarginal*, det går att argumentera för att önskad vinstmarginal bara är ett annat ord för vinstintresse. Det är också tveksamt om privata aktiebolag kan ses som en ändamålsenlig ägandeform. Privata aktiebolag kan vara alltifrån ett enskilt drivet företag till ett miljardföretag där delägarna äger alla aktier själva.

3.3.1 Fyra ägandeformer av vårdcentraler

I denna uppsatsen presenterar jag tre privata ägandeformer av vårdcentraler som jag definierar som *privat i egen drift*, *kooperativ koncern* och *koncern*. Definitionen av privata ägandeformer bygger på vilken grad av vinstintresse respektive ägandeform har. *Region Skåne* särskiljs som en ägandeform utan vinstintresse. Jag kommer sedan undersöka hur ägandeformerna fördelar sig mellan olika bostadsområden och kommuntyper.

I den här uppsatsen har jag valt att inte använda en längre skala för att beskriva grad av vinstintresse eftersom det inte finns tillräckligt många tidigare studier att utgå ifrån. Jag har istället valt att rangordna ägandeformernas vinstintressen mot varandra; från *lågt* till *medel* till *högt*. Kategoriseringen från lågt till högt vinstintresse och är på en så kallad *ordinalskala* vilket innebär att det inte går att se till avstånden mellan vinstintressena. Definitionen av olika privata ägandeformer sker i två steg. Det första steget är om vårdcentralen drivs av ett företag direkt eller om företaget som driver vårdcentralen i sin tur är ägt av ett större företag, så kallat *moderbolag*. Det andra steget är om moderbolaget är delägt av verksamhetscheferna ute på vårdcentralerna eller om det är kontrollerat av andra ägare.

I studier saknas det ofta jämförelser mellan olika privata ägandeformer och offentligt ägda verksamheter, i studien av Broms m.fl. (2021) jämförs bara privata ägandeformer med varandra. Vengberg m.fl. (2021) identifierade i deras studie inga skillnader i hur offentliga och privata vårdcentraler reagerade på olika ersättnings-system, både offentliga och privata vårdcentraler anpassade sin verksamhet efter ersättningen. Men studien av Vengberg m.fl. undersökte verksamheten inne på vårdcentralerna. I den här uppsatsen undersöker jag istället geografiska fördelningen av vårdcentraler. Innan LOV låg ansvaret på Region Skåne att placera ut vårdcentraler i hela Skåne, även i socioekonomiskt mer välmående områden. Medan Region Skåne har ett ansvar för alla medborgares tillgång till vårdcentraler i hela Skåne har en privat aktör bara ett ansvar för de patienter som till slut *listar sig* på deras vårdcentral. Isaksson m.fl. (2016) visar att 95 procent av vårdcentralerna som etablerats i Sverige efter LOV fram till år 2013 varit ägda av privata företag. Mina egna bearbetningar av datamaterial från Region Skåne visar att Region Skåne inte startat en enda ny vårdcentral mellan 2015 och 2021. Det går alltså inte att göra en rättvis jämförelse av var Region Skåne och privat företag väljer att placera sina

vårdcentraler eftersom Region Skånes vårdcentraler startades och placerades ut under ett annat system innan LOV infördes. Region Skåne har också ett ansvar för alla medborgare i Skåne medan privata aktörer fritt kan starta en vårdcentral och endast behöver ta ansvar för de patienter som listar sig hos dem.

Vårdcentralerna i *offentlig drift* kan jag inte definiera i form av vinstintresse eftersom de offentliga vårdcentralerna placerades ut geografiskt innan LOV reformen och Region Skåne har även ett annat ansvar än privata vårdcentralaktörer. De vårdcentralerna som drivs av ett självständigt företag menar jag har lågt vinstintresse eftersom vårdcentralen i teorin har ett egenvärde då den drivs av ett företag med enda uppgift att driva vårdcentral. Vårdcentraler som drivs av ett enskilt företag benämns som *privat i egen drift*. Mellan vårdcentraler som drivs av företag som i sin tur ägs av större moderbolag särskiljer jag mellan kooperativt ägande och rena moderbolagskoncerner som äger vårdcentralen. Moderbolagskoncerner som äger mindre företag innebär i teorin att det mindre företaget som driver vårdcentralen inte bara driver vårdcentralen av egenvärde utan också behöver svara till en vinstdrivande moderbolagskoncern. Vårdcentraler som drivs av ett företag som i sin tur ägs av en moderbolagskoncern benämns *koncern* och teoretiseras ha högt vinstintresse. Kooperativt ägda moderbolag som delägs av de mindre företagen som driver vårdcentraler menar jag leder till ett medelhögt vinstintresse och jag benämner dessa vårdcentraler som ägda av *kooperativa koncerner*. Kooperativa koncerner är en ägandeform där företaget som driver en vårdcentral också äger en mindre del i moderbolaget tillsammans med andra företag som driver vårdcentral.

I uppsatsen menar jag att högre vinstintresse leder till högre incitament att praktisera cream skimming. Jag definierar cream skimming som att vårdcentraler systematiskt placeras i geografiska områden med friskare patienter. Med andra ord lyder min teori att högre vinstintresse leder till en fördelning av vårdcentraler som i övervikt är placerade i socioekonomiskt mer välmående geografiska områden. Lägre vinstintresse är istället kopplat till en fördelning av vårdcentraler i socioekonomiskt svagare områden eftersom det i dessa områden finns ett högre vårdbehov (Burström m.fl. 2017). Högre ålder är kopplat till högre inkomst men också högre sjuklighet. Min teori bygger på vinstintresse och den högre inkomsten äldre personer har gentemot yngre bör locka vinstdrivande aktörer i högre grad än vad högre sjuklighet skulle avskräcka. Det är svårare att presentera en förutsägelse kring fördelningen av olika privata ägandeformer mellan skiljelinjerna *stad och landsbygd* och *ideologi*. Den tidigare forskningen säger dock att samtliga vårdcentraler har svårare att etablera sig på landsbygden och att privata vårdcentraler möjligen etablerar sig i områden med fler högerväljare.

Tabell 1. Vårdcentralernas ägandeform och teoretiserat vinstintresse

Ägandeform	Vinstintresse
Offentlig	_*
Privat i egen drift	Lågt
Kooperativ koncern	Medel
Koncern	Högt

Källa: Egen definition. En utgångspunkt har tagits från Broms m.fl. (2021).

*Denna uppsats har inte haft möjlighet att definiera ett vinstintresse för offentliga vårdcentralers ägandeform som är Region Skåne.

I uppsatsen kommer jag göra en jämförelse av den dominerande rational choice skolans förklaringsmodell av regionernas styrning av vårdcentraler med reformteorin. Jag kommer även redogöra för att reformteorin är förenlig med min teoretisering av ägandeformer med olika vinstintressen.

3.4 En reformteoretisk vinkel på kvasimarknader och vinstintresset

Genom att jämföra rational choice skolans förklaringsmodell av regionernas styrning av vårdcentraler med en reformteoretisk förklaring kommer jag presentera fler begränsningar på mänskligt handlande än vad rational choice teorin tar upp. En fråga som framkommer när de två teorierna jämförs är vilka möjligheter Region Skåne har att styra vårdcentralerna? Geografiska fördelningen av vårdcentraler är fokuspunkt i uppsatsen men en minst lika viktigt fråga är vilka möjligheter som Region Skåne har att styra den geografiska fördelningen av vårdcentraler.

Rational choice institutionalism är ett teoretiskt fundament bakom kvasimarknader. Rational choice institutionalism definierar institutioner som 'the rules of the game', alltså olika aktörers interaktion för att formulera fram formella regler. Rational choice institutionalismen beskriver institutionell förändring som en rationell och kalkylerande process där aktörer förhandlar fram *slutprodukten* (Lowndes & Roberts 2013, s. 32-33, 35). *Slutprodukten* blir i denna uppsatsens fall själva *förfrågningsunderlagen*. Mycket av den litteratur som finns om LOV utgår ofta från ett rational choice perspektiv (se, Isaksson m.fl. 2016; Isaksson m.fl. 2018; Anell m.fl. 2018; Vengberg m.fl. 2021, se även, Blix & Jordahl 2021, s. 18-33).

Jag kommer att jämföra rational choice institutionalismen mot ett teoretiskt ramverk som Andersson m.fl. (2017, s. 23) benämner som ett *reformteoretiskt ramverk*. Reformteorin hämtar idéer brett från den statsvetenskapliga litteraturen. Min tolkning och användning av reformteorin kan främst sägas dra inspiration från nyinstitutionell teoribildning, med betoning på de sociologiska- och historisk institutionella skolorna (se, Lowndes & Roberts 2013, s. 33). Även idéer från governance-teoretiker finns med i det reformteoretiska ramverket (jfr, Jacobsson m.fl. 2015).

Det saknas rum i uppsatsen för att rättvist beskriva de olika teorigrenarna som inspirerar reformteorin men genom att löpande hänvisa till teorierna hoppas jag ge läsaren en viss förståelse för teorierna bakom reformteorin.

Vinstintresset är inte nödvändigtvis något reformteorin ifrågasätter (Jfr, Jacobsson m.fl. 2015, s. 125; se även Lowndes & Roberts 2013, s. 16). Det går alltså att argumentera för att min definition av olika ägandeformer av vårdcentraler efter vinstintresse även är kompatibel med reformteorin. Den kanske största skillnaden mellan reformteorins och rational choice teorins syn på kvasimarknader är att reformteorin anser att vinstintresset ska ses som *framtaget via institutionell design* snarare än att vara inneboende i människan, något som rational choice teorin antar (se, Jacobsson m.fl. 2015, s. 125; gentemot, Blix & Jordahl 2021, s. 25-27). *Med andra ord* menar reformteorin att vinstintresset kan skapas men att människor även har andra drivkrafter och motiv. Governance-teoretikerna Jacobsson m.fl. (2015, s. 125, 137) visar empiriskt i en svensk kontext att a), tjänstemän viker sig dubbelt för att tillgodose politikernas abstrakta och ibland otydliga vilja snarare än att maximera sin egen makt eller inflytande i organisationen. Men de visar även b) att myndigheter kan börja agera i ett egenintresse när de sätts under tryck av resultatstyrning och ansvarsutkrävande.

3.5 Reformteorin och dess argument

Reformteorin ifrågasätter att politikens utspel rakt av översätts till praktisk politik som påverkar medborgarna. Regionpolitikerna ansvarar visserligen formellt för primärvården och dess ersättningssystem, men från politikens utspel till ett färdigt ersättningssystem till vårdcentralerna är det en lång process (jfr, Andersson 2017, s. 24; se även, Pollitt & Bouckaert 2017, s. 13). Empiriska studier visar att politiker ofta är abstrakta och otydliga i sina formuleringar. Istället är det på de lägre förvaltningsnivåerna politiken kan sägas få sin reella innebörd för medborgarna (Andersson m.fl. 2017, s. 24). Politikerna har exempelvis inte lovat väljarna en kvasimarknad utan snarare ökad valfrihet som senare konkretiserats till dagens primärvårdssystem (jfr, Fredriksson 2013, s. 95, Vårdföretagarna Almega 2019, s. 5). Dels kan politiker låta bli att vara precisa i sina idéer på grund av politikens logik där förhandlingar och kompromisser är vanligt förekommande (Andersson m.fl. 2017, s. 24). Även komplexiteten i politiska frågor gör att det ofta blir tjänstemännen som får konkretisera politikernas idéer (ibid). Att förvaltningen själva behöver konkretisera abstrakta politiska idéer kan jämföras mot rational choice antagandet om 'the rules of the game' där tjänstemannanivån ges relativt litet spelutrymme. I rational choice teorier om delegering anses tjänstemän visserligen kunna agera i egenintresse men i övrigt antas tjänstemännen inte vara speciellt aktiva i policyprocessen (jfr, Molander 2017, s. 52-56).

En annan byggsten i reformteorin är synen att människans ageranden i stor utsträckning är roll- och identitetsdrivna (Andersson m.fl. 2017, s. 25-27). Reformteorin antar att det finns andra mer centrala drivkrafter än egenintresse som förklarar handlingar. Ett beteende inom en organisation eller mellan olika organisationer som

uppfattas som rationellt uppfattas så eftersom beteendet upplevs som framgångsrikt, eller att beteendet över tid kommit att tas för givet enligt reformteorin.

I dimensionen *rummet* drivs handling av *moden* och *imitation*. Exempelvis visar Hall (2012, s. 8-13, 53-55) hur delar av svensk sjukvård kommit att anamma idéen om styrningsfilosofin LEAN. LEAN utvecklades först av bilföretaget Toyota som ett sätt att effektivisera sin tillverkning, LEAN har sedan vidareutvecklats av konsultfirmor och institut inriktade mot hälso- och sjukvård i Bostonområdet i USA. Kortfattat innebär styrningsfilosofin LEAN att strömlinjeforma verksamheten likt ett rullande band i en fabrik. En rational choice inspirerad förklaring kan vara att LEAN ska ses som en rationell implementering på svenska sjukhus för att strömlinjeforma sjukhusverksamheten. En reformteoretisk förklaring skulle snarare vara att implementeringen av LEAN är grundad i *imitation*, organisationer implementerar LEAN för att andra organisationer gör det vilket skapar en känsla av att LEAN är det senaste mest eftersträvarvärda inom management. Imitation är en förklaringsmodell som ofta förekommer i den sociologiska institutionalistiska grenen av nyinstitutionalismen (jfr, Lowndes & Roberts 2013, s. 33).

I dimensionen *tiden* behålls och återanvänds idéer och beteenden som anses framgångsrika i organisationer. Över tid gör detta att en trögrörlighet skapas i organisationer. Till slut kan beteenden komma att ske på närmast automatik i organisationen. Från tankegången om trögrörliga organisationer är det lätt att tänka sig att detta även skapar begränsningar i handlingsutrymmet för en organisation eftersom rutiner skapas som är svåra att ändra. Detta ligger nära begreppet *spårbundenhet* som förekommer i den så kallade historiska institutionalistiska teorigrenen (jfr, Hall 2012, s. 82-83; se även, Hall 2016). Historisk institutionalism ser institutioner som trögföränderliga och just spårbundna, större förändringar sägs oftast ske på grund av externa händelser.

Studier i metagovernance på den statliga nivån visar hur politiker organiserar förvaltningen för att främja sina mål (Andersson 2017, s. 25). Även om politiker inte rakt av kan sägas omsätta sina abstrakta idéer till praktisk politik som påverkar medborgarna kan politikerna organisera förvaltningen för att främja sina intressen. Hypotetiskt skulle detta kunna ske genom att flytta flera tjänstemän som arbetar med offentliga vårdcentraler till att jobba för att främja uppstarten av fler privata vårdcentraler. Då empiriska studier visar att tjänstemän viker sig dubbelt för att tillgodose politikernas vilja snarare än att maximera sin egen makt har politiken nu förändrats i enlighet med en politikers vilja.

Tabell 2. Jämförelse mellan reformteoretiska litteraturen gentemot rational choice som den framställs i primärvårdslitteraturen.

Synen på:	Reformteoretiska antaganden	Rational choice litteraturen
Mänskligt handlande	Handlande genom imitation, drivs av roller och identiteter.	Rationellt handlande, människan drivs av egenintresse.
Politiska processen	Politiker är abstrakta i sina formuleringar, de organiserar förvaltningen efter sina intressen. På tjänstemannanivå konkretiseras politiska visioner till handling. Fokus på hur mer abstrakta idéer och värden förverkligas.	Politikerna sätter spelreglerna för primärvårdens aktörer. Fokus på justering av incitament och ersättningar, hantering av vinstdrivande aktörernas egenintressen.
Organisatorisk förändring	Trögföränderlig och begränsad utifrån tidigare beslut och handlanden.	Rationella relativt okomplicerade förändringar efter att en problembild identifierats.

Källa: Egna bearbetningar av Andersson m.fl. 2017, Lowndes & Roberts 2013, Hall 2012, Anell m.fl. 2018, Isaksson m.fl. 2016 och Vengberg m.fl. 2021.

Vad kan då läsaren förvänta sig att se för begränsningar och möjligheter i Region Skånes arbete med ersättningssystemet till vårdcentralerna? En förväntan är att tjänstemännen på förvaltningsnivå kommer spela en central roll i arbetet med Region Skånes ersättningssystem till vårdcentralerna genom att konkretisera de mer övergripande idéer politikerna för fram. Politikerna förväntas organisera förvaltningen för att gynna sina mål. Arbetet med ersättningssystemet till vårdcentralerna och själva utformningen av ersättningen förväntas byggas på imitation och vara trögföränderlig. Med andra ord förväntas de ersättningar och styrmetoder som Region Skåne använder sig av att byggas på vad andra liknande organisationer använder sig av. När väl Region Skåne vill göra en aktiv förändring i ersättningssystemet förväntas förändringen ta lång tid att genomföra. Detta är en ganska markant skillnad mot den tidigare forskningen som snarare beskrev regionernas styrning av vårdcentralerna som en rationell process där ekonomiska incitament till vårdcentralerna justerades.

4 Metod och material

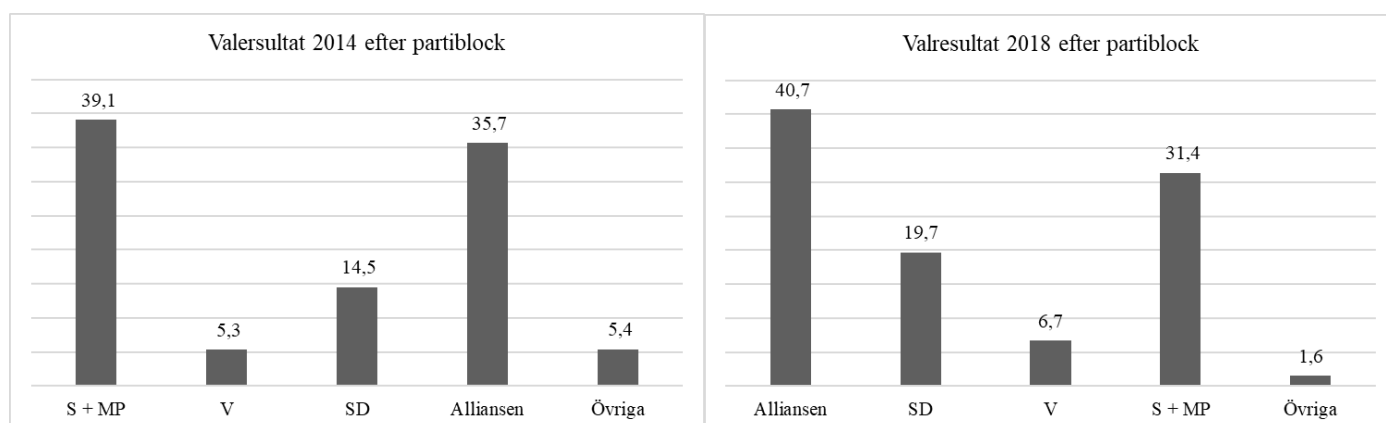
För att undersöka fördelningen av vårdcentraler mellan bostadsområden och kommuntyper har jag sammanfogat data från Region Skåne med data från Statistiska centralbyrån (SCB; u.å.a), Delegationen mot segregation (u.å.) och Tillväxtverket (2021). För att operationalisera vårdcentralernas ägandeform har jag gått igenom alla privata vårdcentralers hemsidor och sökt på varje privat vårdcentralens organisationsnummer med hjälp av Bolagsverkets (u.å.) söktjänst och söktjänsten Bolagsfakta (u.å.). I min undersökning av Region Skånes arbete med ersättningssystemet har jag gått igenom 8 så kallade *förfrågningsunderlag* för åren 2014 till 2021. Förfrågningsunderlaget är det dokument som reglerar ersättningen till vårdcentralerna. Jag har också genomfört två intervjuer med tjänstemän på Region Skåne som komplement till min genomgång av förfrågningsunderlagen. I det här kapitlet går jag igenom de metoder och material som använts i uppsatsen.

4.1 En kort överblick av Region Skånes vårdval, politiska styre och geografi

Varje region har en stor frihet att själva utforma vårdcentralernas uppdrag och ersättning. I Region Skåne ingår inte barnmorskemottagning (BMM) och barnavårdcentral (BVC) i vårdcentralernas uppdrag. BMM ger vård till gravida och BVC är mottagningar för barn upp till skolåldern. BMM och BVC är organiserade som egna *vårdval* för medborgarna i Skåne vilket innebär att BMM och BVC inte kommer räknas in i vårdcentralerna som jag undersöker i denna uppsats (se, Region Skåne 2020, s. 25).

Mellan åren 2014 och 2018 styrde Socialdemokraterna och Miljöpartiet i minoritet där Socialdemokraterna innehöll ordförandeposten i regionstyrelsen. Sedan valet 2018 styr Alliansen som består av partierna Moderaterna, Centerpartiet, Kristdemokraterna och Liberalerna. Både Socialdemokraterna och Miljöpartiet och Alliansen har styrt Region Skåne i minoritet. Genom att jag undersökt två mandatperioder får jag en variation av politiker som styrt förvaltningen vilket ökar *generaliserbarheten* av mina resultat. Med generaliserbarhet menar jag hur väl mina resultat kring Region Skånes möjligheter att justera ersättningssystemet kan användas för att förklara andra regioners arbete med sina ersättningssystem. Om jag bara skulle undersökt en mandatperiod skulle det öka risken för att mina resultat skulle bli mer beroende av enskilda politiker eller andra specifika omständigheter för ett visst år.

Figur 1. Valresultat till landstingsfullmäktige efter partiblock i Region Skåne 2014 och 2018.



Källa: Egna bearbetningar av Statistiska centralbyrån u.å.a; Allians för Skåne 2014 och Region Skåne 2021. S = Socialdemokraterna, MP = Miljöpartiet, V = Vänsterpartiet, SD = Sverigedemokraterna, Alliansen = Moderaterna; Centerpartiet; Liberalerna och Kristdemokraterna.

I Skåne finns 33 kommuner och mellan åren 2014 och 2021 har regionen haft på en folkmängd på cirka 1,4 miljoner människor vilket gör Skåne till den tredje folkrikaste regionen i Sverige. Till ytan är Skåne den tionde största regionen med en yta på 10 968 kvadratkilometer.

4.2 Vårdcentralernas ägandeform

Genom data jag begärt ut från Region Skåne har jag fått namnet och organisationsnumret på alla företag som driver vårdcentraler i Skåne. Alla organisationer som driver vårdcentraler i Region Skåne måste ha ett organisationsnummer registrerat hos Bolagsverket. Jag har gått igenom alla privata vårdcentralers hemsidor och via söktjänsterna Bolagsverkets (u.å.) och Bolagsfakta (u.å.) har jag sökt på organisationsnummer och namnet på alla företag som driver vårdcentraler i Skåne. Genom min sökning har jag kunnat identifiera de privata vårdcentralernas ägandeform, det vill säga om vårdcentralerna drivs *privat i egen drift*, som *kooperativa koncerner* eller som *koncerner*. Sex privata vårdcentraler har lagts ned i regionen mellan 2014 och 2021 och de nedlagda privata vårdcentralerna har jag inte kunnat fastställa ägandeform på. Jag kommer att undersöka fördelningen av olika ägandeformer av vårdcentraler mellan bostadsområden och kommuntyper för året 2021. För året 2021 har jag kunnat identifiera alla vårdcentralers ägandeform vilket gör att de sex nedlagda vårdcentralerna jag inte kunnat identifiera ägandeformen på inte borde påverka resultatet. I Bilagan finns en länk till ett dokument där alla Skånes vårdcentralers adresser för åren 2015 till 2021 är kopplade till den ägandeform som jag definierat respektive vårdcentral som.

Utifrån de privata ägandeformerna privat i egen drift, kooperativa koncerner och koncerner var det två företag som varit svåra att kategorisera. Företaget 'Koncernvårdgivare A' driver fem vårdcentraler och hade kunnat definieras som en koo-

perativ koncern, men eftersom flera vårdcentraler tycks drivas centralt av Koncernvårdgivare As moderbolag klassificeras dessa fem vårdcentraler som drivna av en koncern. 'Egendriftsvårdgivare A' driver tre vårdcentraler och dessa tre vårdcentraler kategoriseras som privat i egen drift eftersom det inte finns något moderbolag inblandat i ägandet av företaget 'Egendriftsvårdgivare A'.

Tabell 3. Ägandeformer av vårdcentraler i Region Skåne 2021.

Ägandeform	Antal unika vårdcentraler	Företagsbeskrivningar
Offentlig	83	*Region Skåne driver 83 vårdcentraler i egen regi.
Privat i egen drift	22	*16 ägarföretag finns där respektive vårdcentral drivs av ett enskilt företag, 15 som privata aktiebolag och ett som kommanditbolag. *Egendriftsvårdgivare A Är ett företag som äger tre vårdcentraler. *Egendriftsvårdgivare B är ett företag som driver två vårdcentraler.
Kooperativ koncern	9	*Ett kooperativ som är ett av Sveriges större vårdbolag och drivs som ett privat aktiebolag med verksamhetsansvariga som delägare.
Koncern	49	*Tre vårdföretag med i huvudsak digital vård äger sinsemellan totalt sju vårdcentraler. *Koncernvårdgivare A är ett privat aktiebolag som driver 5 vårdcentraler. *Ett större vårdföretag med internationella ägare driver tjugofem vårdcentraler i Skåne. *En privat aktiebolag med vårdcentraler i flera regioner, företaget driver två vårdcentraler i Skåne. *Ett företag som kontrolleras av ett investmentbolag driver i Skåne tio vårdcentraler.

Källa: Egna bearbetningar av data från Region Skåne, Bolagsverket u.å, Bolagsfakta.se och respektive företags hemsidor. Alla företag är anonymiserade.

4.3 Datamaterial från Region Skåne

I datamaterialet jag begärt ut från Region Skåne finns information om varje unik vårdcentral mellan åren 2014 och 2021. I materialet från Region Skåne finns information om varje vårdcentralens adress, ort, ägandeföretag, ägandeföretagets organisationsnummer och uppstartsdatum och eventuellt nedläggningsdatum. Jag har använt året 2014 som ett basår för att se hur många vårdcentraler som fanns i Region Skåne. Om en vårdcentral läggs ner under ett visst år räknas den inte alls med för det året utan står bara som aktiv till året innan vilket gör att en hypotetisk vårdcentral som läggs ner i november 2016 bara står som aktiv fram till år 2015. Anledningen till att en vårdcentral inte räknas som aktiv det året den läggs ner är för att harmonisera datan med Statistiska centralbyrån (SCB) som bara har data år för år. När jag undersöker geografiska fördelningen av vårdcentraler för året 2021 är det

bara två vårdcentraler som lagts ner under 2021 vilket inte borde påverka hur resultaten tolkas eftersom det är mindre än en procent av vårdcentralerna som lagts ner under året 2021.

4.3.1 Bostadsområden som Regionala statistikområden

Begreppet *bostadsområden* beskrivas i litteraturen som ett geografiskt avgränsat område med ett begränsat kluster av människor (jfr, Isaksson 2016, s. 2). Det finns ett antagande om att de bostadsområden som studier undersöker har en påverkan på de livsvillkor för människorna som bor i respektive område (Ibid). Jag har länkat ihop varje unik vårdcentral i Region Skåne för åren 2015 till 2021 med sitt bostadsområde med hjälp av vårdcentralernas respektive adress. Jag operationaliserar bostadsområden med ett nytt unikt datamaterial som tagits fram av Statistiska centralbyrån (SCB) i samarbete med Delegationen mot segregation (Delmos). Datamaterialet lanserades hösten 2021 men uppdaterades så sent som 2022.

Bostadsområden operationaliseras till så kallade *Regionala statistikområden* (RegSO). RegSO delar in Sverige i 3363 geografiska områden med mellan 663 och 22 622 invånare. Region Skåne är indelat i 465 RegSO. Vanligast är att en kommun är indelad i mellan fem och nio RegSO, RegSO följer såväl läns- som kommungränser. RegSO:s geografiska placering ändras inte över tid utan ett RegSO ligger kvar och definierar samma plats år efter år. Jag har matchat ihop samtliga vårdcentraladresser i Region Skåne över åren 2015 till 2021 med det RegSO som vårdcentralernas respektive adress finns i. Eftersom varje unikt RegSO definierar en specifik geografisk plats finns det i vissa RegSO flera unika vårdcentraler. (I Bilagan finns en länk till min sammanslagning av alla vårdcentraler med respektive RegSO där även ägandeform per vårdcentral finns med).

RegSO erbjuder ett unikt datamaterial som hanterar alla de problem som tidigare studier beskrivit när de operationaliserat bostadsområden. RegSO har uttryckligen tagits fram som ett verktyg för att undersöka segregation (Statistiska centralbyrån u.å.a). Anell m.fl. (2018) använde sig av så kallade Small Areas for Market Statistics (SAMS) för att operationalisera bostadsområden. SAMS delar in Sverige i cirka 9000 områden och eftersom områdena då blir relativt små utvidgade Anell m.fl. SAMS områdena med tre kilometer åt alla håll i sin studie efter statistiska känslighetsanalyser. Detta kan leda till en risk för *overfitting* vilket betyder att en statistisk modell riskerar att överrepresentera samband som hittats eftersom modellen tas fram via matematiska beräkningar snarare än med hjälp av teori (Hair jr m.fl. 2019, s. 32). I en studie av Isaksson m.fl. (2016) framgår det inte vilken operationalisering som används men deras operationalisering av bostadsområden leder till att folkmängden i deras bostadsområden varierar mellan 100 och 10 000. Bostadsområden som endast innehåller 100 personer blir då svåra att jämföra med övriga områden.

Jag operationaliserar bostadsområden som Regionala statistikområden, RegSO. Till varje RegSO finns socioekonomisk och demografisk data som jag kommer använda för att särskilja mellan olika typer av bostadsområden.

4.3.2 Operationalisering av olika bostadsområden

Jag använder åtta variabler på RegSO nivå för att särskilja mellan olika bostadsområden (se tabell 10 i Bilaga för beskrivande statistik och källhänvisning till respektive variabel). Jag har gjort en medelvärdesanalys på alla variabler per ägandeform av vårdcentraler, ägandeformerna är offentlig, privat i egen drift, kooperativ koncern och koncern. Genom medelvärdesanalysen har jag fått ett mått på var *respektive ägandeform i genomsnitt är fördelad i för typ av bostadsområde*.

Alla variabler är hämtade från Statistiska centralbyrån (u.å.a) och Delegationen mot segregation (u.å.). En nackdel med att använda RegSO är att det begränsar vilka variabler som finns tillgängliga. Men vid en genomgång av de variabler som fanns tillgängliga på RegSO nivå bedömde jag att variablerna som fanns för att operationalisera skiljelinjer mellan bostadsområden var de bästa tillgängliga för att besvara mina frågeställningar. En nackdel med RegSO är att det inte har varit möjligt att särskilja bostadsområden utifrån *stad och landsbygd* eftersom det saknas variabler för denna skiljelinje på RegSO nivå. Men det går också att argumentera för att kommuntyper ändå är en bättre analysnivå för skiljelinjen stad och landsbygd än bostadsområden. det går att hävda att bostadsområden är för små geografiskt för att operationalisera stad och landsbygd eftersom ett bostadsområde i landsbygd kan ligga på gångavstånd till ett annat bostadsområde som ligger i en stadsmiljö. Jag har valt att bara undersöka skiljelinjen stad och landsbygd på analysnivån kommuntyp.

Studier som undersöker ojämlikhet mellan socioekonomiska bostadsområden använder ofta flera variabler för att fånga in olika aspekter av begreppet socioekonomi (se, Isaksson 2016, s. 5). Jag operationaliserar socioekonomi med både ett socioekonomiskt index och sen med ytterligare variabler. Den första variabeln som operationaliserar socioekonomi är *Socioekonomiskt index*. Indexet bygger på tre variabler som är 'andelen med förgymnasial utbildning (20-64 år)', 'Disponibel inkomst per konsumtionsenhet (median oavsett ålder)' och 'Andelen med ekonomiskt bistånd och/eller långtidsarbetslösa (20-64 år)'. Variablerna i indexet är kvoter omräknade till procent, och beräknas rakt av enligt $x^1+x^2+x^3/3$. Ju högre indexvärde ett bostadsområde har (RegSO) desto sämre socioekonomiska förutsättningar.

När nyetableringar av vårdcentraler över åren 2015 till 2021 undersöks kommer jag att använda Delegationen mot segregations (Delmos) *områdesindelning* som omvandlar det socioekonomiska indexet till fem områdestyper. Delmos områdesindelning kommer inte vara med i medelvärdesanalysen eftersom jag redan har det socioekonomiska indexet i medelvärdesanalysen som områdesindelningen bygger på. Områdesindelningen är kanske mer lättöverskådligt än det socioekonomiska indexet eftersom variabeln bara kan anta fem olika värden, men eftersom områdesindelningen bara delas in i fem olika områdestyper har jag bedömt att det inte går att göra en medelvärdesanalys med områdesindelningsvariabeln (se, Djurfeldt m.fl. 2010, s. 49). Delmos områdesindelningen sker genom att beräkna hur långt ifrån medelvärdet på det socioekonomiska indexet ett visst RegSO befinner sig. Områdena benämns av Delmos enligt: *Områdestyp 1* (områden med stora socioekonomiska utmaningar), *Områdestyp 2* (områden med socioekonomiska utmaningar), *Områdestyp 3* (socioekonomiskt blandade områden), *Områdestyp 4* (områden med

goda socioekonomiska förutsättningar) och *Områdestyp 5* (områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar).

Nästa variabel som operationaliserar socioekonomi i medelvärdesanalysen är *Disponibel inkomst per konsumtionsenhet (median)*, med konsumtionsenhet menas här hushåll. Disponibel inkomst per konsumtionsenhet (median) beräknas genom att alla som bor tillsammans i en bostad får sina inkomster summerade och sedan justeras den summerade inkomsten efter hushållets storlek och fördelas lika på de boende. Nästa variabel som operationaliserar socioekonomi är *% med högst för-gymnasial utbildning*. Den näst sista variabeln som operationaliserar socioekonomi är *% Med utländsk bakgrund*, denna variabel innehåller andelen personer som är utrikes födda eller inrikes födda men med två utrikes födda föräldrar. Variabeln *% inskrivna arbetslösa* är sista variabeln som operationaliserar socioekonomi och anger andelen personer i åldrarna 20-64 som någon gång under året varit inskriven arbetslös enligt arbetsförmedlingens register. Arbetsförmedlingens register inkluderar arbetssökande i program med aktivitetsstöd.

Två variabler används för att operationalisera en demografisk skiljelinje mellan bostadsområden. De två demografiska variablerna är *% 0-4 år gamla* och *% >64 år gamla*. Den sistnämnda variabeln 'äldre än 64 år' har jag själv skapat genom att slå ihop olika ålderskategorier. Den enda tillgängliga variabeln på RegSO nivå som kan användas för att operationalisera skiljelinjen ideologi är *valdeltagande i lands-tingsvalet 2018*. Valdeltagande är ett komplext fenomen som fångar in många olika faktorer såsom tillit, politisk åskådning och socioekonomi. Eftersom det är så många faktorer som påverkar valdeltagande blir en sådan variabel svår att tolka. Men jag har ändå valt att ha med variabeln *% valdeltagande landsting 2018* eftersom det är en intressant variabel som inte är speciellt undersökt i studier om fördelning av vårdcentraler. Även om variabeln valdeltagande är svårtolkad kan jag resonera om resultatet och lägga en grund för framtida studier om det vore så att valdeltagandet sticker ut mellan bostadsområden som olika vårdcentraler finns fördelade i.

4.3.3 Operationalisering av olika kommuntyper

På kommunnivå har jag använt fyra variabler i medelvärdesanalysen för att se vilka olika kommuntyper olika ägandeformer av vårdcentraler i genomsnitt är fördelade i. Jag kommer alltså ha två olika analysnivåer i min medelvärdesanalys där den ena är bostadsområden (RegSO) och den andra är på kommunnivån. Jag kommer även göra separata korstabeller av olika kommuntyper för att undersöka skiljelinjen mellan stad och landsbygd.

Invånare per kvadratkilometer är en variabel som operationaliserar stadskommuner gentemot landsbygdskommuner, högre andel invånare per kvadratkilometer indikerar att det är en stadskommun och lägre andel invånare per kvadratkilometer indikerar att det är en landsbygdskommun. Invånare per kvadratkilometer är en variabel på så kallad *intervallskala* vilket betyder att variabelns värden både går att rangordna och att värdena har lika långa avstånd mellan sig. Invånare per kvadratkilometer är den enda variabeln jag hittat som operationaliserar stadskommuner och

landsbygdskommuner där det går att beräkna ett medelvärde. Jag har ytterligare en variabel som operationaliserar stad- och landsbygdskommuner som jag hämtat från Tillväxtverket men den går det inte att beräkna medelvärden med.

Skattekraft per invånare är en operationalisering av den ekonomiska dimensionen av begreppet socioekonomi. En fördel med att jag har två analysnivåer är att jag kan undersöka skiljelinjer både på bostadsområdesnivå och på kommunnivå. Jag har två variabler som operationaliserar en *ideologisk skiljelinje* mellan kommuntyper. *Kommunvalsresultat M 2018*, indikerar Moderaternas valresultat i respektive kommun för kommunvalet 2018. Ett högre värde på *Kommunvalsresultat M 2018* indikerar en preferens i kommunen för mer privata vårdcentraler (jfr, Anell 2018, s. 5). *Kommunvalsresultat SD 2018* är Sverigedemokraternas valresultat i respektive kommun för kommunvalet 2018 och för denna variabel indikerar ett högre värde en indikation på misstro mot offentliga institutioner såsom offentliga vårdcentraler (Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2018, s. 74). Anledningen till att två variabler operationaliserar den ideologiska skiljelinjen på kommunnivå är för att detta ger mer möjlighet att dra slutsatser och kvalitetssäkra mina tolkningar av resultatet. Region Skåne styrs sedan 2018 av Moderaterna och Alliansen, Sverigedemokraterna är i opposition, i vissa skånska kommuner samarbetar dock Moderaterna och Sverigedemokraterna vilket skapar svårigheter i att välja ut ett parti för att operationalisera ideologi.

För jämförelsen mellan kommuntyper har också Tillväxtverkets kommungruppering använts. Tillväxtverkets kommungruppering bygger på befolkningstäthet per kvadratkilometer, Statistiska centralbyråns (u.å.b) tätortsindelning och avstånd till större städer. Fem kommuntyper finns i Region Skåne. Utifrån dessa kommuntyper kan även en aggregerad indelning göras i *storstadskommuner*, *täta kommuner* och *landsbygdskommuner*.

Storstadskommuner har mer än 80 procent av befolkningen bor i urbana områden och har tillsammans med angränsande kommuner en samlad folkmängd på minst 500 000 invånare. *Täta kommuner nära större städer* har mer än 50 procent av befolkningen bor i urbana områden. Majoriteten av kommunens befolkning har mindre än 45 minuters resväg med bil till en tätort med minst 50 000 invånare. *Täta kommuner avlägset belägna* har mer än 50 procent av befolkningen bor i urbana områden. Majoriteten av kommunens befolkning har mer än 45 minuters resväg med bil till en tätort med minst 50 000 invånare. *Landsbygdskommuner nära större städer* har mer än 50 procent av befolkningen bor i rurala områden. Majoriteten av kommunens befolkning har mindre än 45 minuters resväg med bil till en tätort med minst 50 000 invånare. Avslutningsvis identifieras *Landsbygdskommuner avlägset belägna* som har mer än 50 procent av befolkningen bor i rurala områden. Majoriteten av kommunens befolkning har mer än 45 minuters resväg med bil till en tätort med minst 50 000 invånare (se, Tillväxverket 2021).

Tabell 4. Skånes kommuner sorterade efter folkmängd och Tillväxtverkets kommunindelning.

Kommuner	Folkmängd	Skattekraft kr/invånare
<u>Storstadskommuner (Storstadskommuner)</u>		
Malmö	351 749	194 446
Lund	127 376	224 104
Staffanstorps	26 242	229 643
Lomma	24 638	284 442
Burlöv	19 753	183 757
<u>Täta kommuner nära större städer (Täta kommuner)</u>		
Helsingborg	150 109	214 545
Landskrona	46 488	190 298
Trelleborg	46 231	203 390
Ängelholm	43 633	221 973
Vellinge	37 452	272 456
Eslöv	34 593	202 838
Kävlinge	32 341	238 897
Ystad	31 560	215 508
Svedala	23 222	216 267
Åstorp	16 308	182 635
Perstorp	75 65	172 122
<u>Täta kommuner avlägset belägna (Täta kommuner)</u>		
Bromölla	12 650	193 482
Kristianstad	86 641	202 008
<u>Landsbygdskommuner nära större städer (Landsbygdskommuner)</u>		
Höganäs	27 589	228 143
Sjöbo	19 497	199 524
Klippan	17 783	185 847
Höör	16 954	207 756
Skurup	16 419	200 640
Bjuv	15 842	181 049
Hörby	15 745	198 128
Båstad	15 636	224 645
Svalöv	14 412	195 178
Tomelilla	13 712	184 470
Örkelljunga	10 499	182 641
<u>Landsbygdskommuner avlägset belägna (Landsbygdskommuner)</u>		
Hässleholm	52 309	194 827
Simrishamn	19 267	196 634
Östra Göinge	14 941	176 263
Osby	13 269	194 590

Källa: Egna bearbetningar av Tillväxtverket 2021, Statistiska centralbyrån u.å.a. Siffror från 2021.

Kommunindelningen har tidigare använts av Myndigheten för vård och omsorgsanalys (2021a) för att undersöka fördelningen av vårdcentraler mellan kommuntyper. Men det finns två begränsningar i Tillväxtverkets kommunindelning. Ett första problem är att storstadsgrupperingen bygger på att folkmängden är över 500 000 personer i närliggande orter. Ett andra problem med Tillväxtverkets indelning är att pendlingstid till storstäder beräknas utifrån den tid det tar att köra med bil vilket gör att exempelvis pendling med tåg inte beaktas. Problemen med storstadsgrupperingen och hur pendlingstiden beräknas gör att det går att ifrågasätta tre kommuners klassificering. Det går att ifrågasätta varför Kristianstad och Helsingborg inte ses som storstadskommuner. Det går också att ifrågasätta varför Hässleholm kategoriseras som en landsbygdskommun avlägset belägen. Hässleholm har goda tågförbindelser med exempelvis Malmö.

Problemen med Tillväxtverkets kommunindelning hanterades i uppsatsen genom att använda den *aggregerade kommunindelningen*. När den aggregerade kommunindelningen används kategoriseras Kristianstad och Helsingborg som täta kommuner vilket särskiljer de här två kommunerna från landsbygdskommuner. När jag använder aggregerade kommunindelningen blir Hässleholm kvar som landsbygdskommun. Även om det går att se Hässleholm som en tät kommun anser jag inte att det är fel att kategorisera Hässleholm som en landsbygdskommun. En bedömning jag gör av hela kommunindelningen är att den är ändamålsenligt för att särskilja kommuntyper när den aggregerade kommunindelningen används.

4.4 Medelvärdesanalys och beskrivande statistik

Eftersom jag bara undersöker Region Skåne kan jag ge ett unikt bidrag till litteraturen genom att både undersöka faktiska fördelningen av vårdcentraler och Region Skånes möjligheter och begränsningar i arbetet med geografiska fördelningen av vårdcentraler. Nackdelen med detta tillvägagångssätt är att jag för året 2021 bara har 163 vårdcentraler att analysera. Jag har också en beroende variabel som består av fyra olika ägandeformer av vårdcentraler. Kombinationen av få vårdcentraler och en beroende variabel som bara kan anta fyra olika värden skapar begränsningar i vilka statistiska analyser som kan genomföras. En möjlig metod hade varit att genomföra en logistisk regression för att jämföra hur offentliga och privata vårdcentraler fördelas mellan olika bostadsområden.³ Med en logistisk regression går det

³ Tidigt i uppsatsarbetet genomfördes en logistisk regression på beroende variabeln *privat vårdcentral* eller *vårdcentral driven av Region Skåne*. Syftet var att se hur väl mina oberoende variabler på RegSO-nivå skulle kunna predicera sannolikheten att en privat vårdcentral eller att en vårdcentral driven av Region Skåne skulle finnas etablerad i visst bostadsområde. Logistiska regressionsmodellen ansågs dock inte tillförlitlig på grund av låga N-tal och avsaknad av så kallade *oberoende observationer*, *oberoende observationer* betyder att det kan finnas flera olika vårdcentraler i samma RegSO. Oberoende observationer är ett antagande som förutsätts i logistiska regressionsmodeller. Genom att exkludera vårdcentraler tillhörande samma RegSO hade det gått att komma runt problemet med oberoende observationer, men om jag skulle exkludera vårdcentraler skulle det dra ner N-talet ännu mer (för antaganden i logistiska regressionsmodeller se exempelvis, Hair m.fl. 2019, s. 557).

dock inte att jämföra fyra olika ägandeformer av vårdcentraler eftersom den beroende variabeln bara kan anta två värden i en logistisk regression (Hair m.fl. 2019, s. 557).

För att undersöka geografiska fördelningen av vårdcentraler mellan bostadsområden och kommuntyper utifrån ägandeform har jag använt mig av medelvärdesanalys och korstabeller (se, Esaiasson m.fl. 2017, s. 365, 373). En nackdel med att använda medelvärdesanalys är att jag bara kommer att få ett medelvärde per beroende variabel och ägandeform av vårdcentral. Fördelen är att jag får ett tydligt medelvärdesmått på vilka typer av bostadsområden och kommuntyper mina olika ägandeformer av vårdcentraler *i genomsnitt är fördelade i* (Ibid, s. 364). Den stora nackdelen med medelvärden är att de är känsliga för extremvärden (Ibid, s. 365). I tabell 10 i Bilagan syns beskrivande statistik för de oberoende variablerna som är med i medelvärdesanalysen. Tabell 10 visar att median och medelvärde är relativt nära varandra och att måttet *skewness* är inom $\pm 2,0$ på så gott som alla de oberoende variablerna. *Skewness* är ett mått på hur snedfördelad en variabel är (Djurfeldt m.fl. 2010, s. 56). Detta indikerar att det inte finns några extremvärden som skulle skada tolkningen av medelvärdena. Variabeln *Invånare per kvadratkilometer* har viss skillnad mellan medelvärdet och medianvärdet men eftersom måttet *skewness* är inom $\pm 2,0$ är min tolkning att *Invånare per kvadratkilometer* bör kunna användas i en medelvärdesanalys. Genom att jämföra medelvärden kan jag också jämföra mina resultat mot Isaksson m.fl. (2016) som genomfört en medelvärdesanalys som jämförde vårdcentralers fördelning mellan bostadsområden innan LOV med vårdcentraler startade efter LOV (vårdcentraler som startade efter LOV var till 95 procent privat drivna).

Något som delvis väger upp för att en medelvärdesanalys bara visar ett värde per ägandeform av vårdcentral är att jag också kommer använda mig av korstabeller (Esaiasson 2017, s. 373). Då materialet som används i uppsatsen begränsar vilka statistiska metoder som går att använda är korstabeller ett bra alternativ som visar *fördelningen av olika ägandeformer av vårdcentraler mellan kommuntyper*. Nackdelen med korstabeller är i motsats till medelvärden att inget exakt mått ges utan att korstabellerna måste genomgå en större tolkning. Med de begränsningar data-materialet presenterar har korstabeller tillsammans med medelvärdesanalys ansetts vara det mest gångbara för att undersöka fördelningen av vårdcentraler mellan bostadsområden och kommuntyper utifrån ägandeform.

När jag ska undersöka fördelningen av nyetablerade vårdcentraler mellan åren 2015 och 2021 kommer jag använda beskrivande statistik för alla nyetablerade vårdcentraler i Skåne mellan 2015 och 2021. Eftersom det endast etablerades 21 vårdcentraler mellan åren 2015 och 2021 i Skåne finns få möjligheter till statistiska analyser. Att bara 21 vårdcentraler etablerats gör dock att jag kan presentera beskrivande statistik på respektive vårdcentral.

Avslutningsvis är det värt att notera att vissa variabler endast varit tillgängliga fram till år 2020. Då samtliga variabler i analysen anses vara relativt stabila över tid har variabler från 2020 använts på vårdcentralerna år 2021 för att undersöka fördelningen av vårdcentraler mellan bostadsområden och kommuntyper (se, Delegationen mot segregation u.å.). Anledningen till att vårdcentralerna för året 2021

undersöks istället för 2020 är att fler vårdcentraler kommer med i materialet om 2021 års siffror används, vilket skapar ett större material att dra slutsatser ifrån.

4.5 Undersökning av ersättningssystemet

Då det finns en brist på studier som både undersökt geografiska fördelningen av vårdcentraler och den regionala styrningen av fördelningen av vårdcentraler kommer jag också att undersöka Region Skånes arbete med ersättningssystemet 2015 till 2021. Den tidigare forskningen menar att ersättningssystemet är den kanske mest centrala styrmetoden regionerna har mot vårdcentralerna. Två angreppssätt har använts i materialinsamlingen och analysen av Region Skånes arbete med ersättningssystem. *Förfrågningsunderlagen* för åren 2014 till 2021 har gått igenom och *två intervjuer* har genomförts med tjänstemän på Region Skåne.

4.5.1 Genomgång av förfrågningsunderlag

Ersättningssystemet till vårdcentralerna finns reglerat i ett dokument som kallas för förfrågningsunderlag. Jag har gått igenom åtta förfrågningsunderlag som täcker åren 2014 till 2021. Jag har haft en *deduktiv ansats* vilket betyder att färdiga koncept från tidigare studier har använts för att styra min analys av förfrågningsunderlagen (Kullberg m.fl. 2018, s. 5). Jag har haft tre fokus när jag analyserat förfrågningsunderlagen. För det första har fokus varit på vilka ersättningsmodeller som Region Skåne använt sig av, för det andra har jag undersökt vilken typ av *riskjustering* som använts. Riskjustering innebär som bekant att ersättningen på något sätt viktas så att patienter med fler sjukdomar ger en högre inkomst till vårdcentralen i jämförelse med en friskare patient. För det tredje har jag även undersökt den faktiska summan på ersättningen till vårdcentralerna över åren 2014 till 2021. Två oklarheter uppstod när jag gick igenom förfrågningsunderlagen. En oklarhet som uppstod var hur en så kallad målrelaterad ersättning såg ut för åren 2017 till 2021. En annan oklarhet som dök upp var vilken ersättning den så kallade *läkemedelsersättningen* låg på per patient för året 2021. *Läkemedelsersättning* är en summa vårdcentralerna får från regionen per listad patient för att täcka vårdcentralernas kostnader för läkemedel. Vid oklarheter kompletterade jag genomgången av förfrågningsunderlagen med att e-posta frågan till Region Skånes registratur. Med tillgängliga underlag har jag dock inte kunnat beräkna läkemedelsersättningen till vårdcentralerna för året 2021 (se Bilaga tabell 9).

4.5.2 Intervjuer

Två intervjuer har genomförts med opolitiska tjänstemän på Region Skåne som komplettering till genomgången av förfrågningsunderlagen. Första intervjun genomfördes med en tjänsteman som har erfarenhet av att arbeta med styrning av

Region Skånes vårdcentraler (Intervjuperson ett 2022). Den andra intervjupersonens kontaktuppgifter fick jag av den första intervjupersonen. Intervjuperson två (2022) har erfarenhet av att arbeta med Region Skånes förfrågningsunderlag till vårdcentralerna.

I uppsatsen jämför jag reformteorin mot en rational choice institutionell förklaring av vilka möjligheter och begränsningar Region Skåne har i sitt arbete med ersättningsystemet till vårdcentralerna. Analysen av intervjumaterialet skedde med en *deduktiv ansats* där antaganden från reformteorin och rational choice teorin fick leda analysen. *Deduktiv ansats* innebär att jag utgått från antaganden och koncept som finns i reformteorin och rational choice teorin. Ett exempel är att reformteorin antar att mänskligt handlande sker genom imitation och rational choice teorin antar att handlande sker genom rationella val, när jag analyserat intervjuerna har jag ställt dessa två förklaringar på Region Skånes handlande med målet att komma fram till en förklaring på hur Region Skånes handlande kan beskrivas.

Syftet med intervjuerna var att komplettera och bredda kunskapen om förfrågningsunderlagen som gått igenom innan intervjuerna. Ett konkret exempel på hur intervjuerna användes som komplement till genomgången av förfrågningsunderlagen var att få fram ungefär hur lång tid det tar att starta en vårdcentral. Hur lång tid det tar att starta en vårdcentral skulle kunna påverka regionens arbete med den geografiska fördelningen av vårdcentraler.

Något som jag tog hänsyn till vid analysen av intervjumaterialet var att frågor ibland ställdes till intervjupersonerna om händelser som skett för flera år sedan. En intervjupersons berättelse om en händelse för 8 år sedan kan inte ses som lika tillförlitliga som en berättelse om dagsaktuella händelser. För berättelser från intervjupersonerna om specifika händelser som hände för flera år sedan har antingen händelsen sökts upp direkt i förfrågningsunderlagen eller så kompletterade jag med en ytterligare dokumentssökning för att bekräfta intervjupersonens berättelse.

Intervjuerna var *semistrukturerade* och varade båda i ungefär en timme. *Semistrukturerade intervjuer* innebär att jag öppnade upp för möjligheten att ställa följdfrågor eller hoppa över en fråga som intervjupersonen redan besvarat. Intervjuguiden kan ses i Bilagan. Den första intervjun skedde på plats hos intervjupersonen medan den andra skedde via videolänk, båda intervjuerna genomfördes under april 2022. Med terminologin från Esaiasson m.fl. (2017, s. 235-236, 260-261) kan intervjuerna beskrivas som en *informantundersökning*. Med *informantundersökning* menar jag att intervjupersonerna inte var de primära undersökningsobjekten utan jag ville få intervjupersonernas kunskap om Region Skånes organisering och arbete.

4.6 Etiska överväganden

Inför intervjuerna fick intervjupersonerna information om intervjun tillsammans med information om de etiska principer uppsatsarbetet förhållit sig till (se Bilaga). I början av intervjuerna upprepades de etiska principer jag förhållit mig till i uppsatsarbetet. Båda intervjupersonerna har mot bakgrund av informationen de fått om

uppsatsarbetet godkänt sin medverkan både muntligt och med signatur. Privata företag som driver vårdcentral har i uppsatsen anonymiserats enligt en försiktighetsprincip. Allt datamaterial i uppsatsen finns antingen tillgängligt öppet på nätet eller kan begäras ut av Region Skåne.

4.7 Kort om tolkning och analys av det empiriska materialet

Gällande tolkningen av medelvärdesanalysen bör risken för *spuriösa samband* lyftas fram. Med *spuriösa samband* menas att sambanden som presenteras i uppsatsen egentligen beror på någonting annat som inte finns med i undersökningen. Med andra ord är frågan om teoretiseringen i uppsatsen håller eller om det finns andra förklaringar bakom eventuella skillnader i fördelning av vårdcentraler snarare än ägandeform och vinstintresse. Problemet med spuriösa samband är särskilt att beakta i och med att antalet observationer av vårdcentraler är relativt lågt. Särskilt resultaten för ägandeformen kooperativa koncerner bör tolkas med försiktighet eftersom det är så få vårdcentraler som har denna ägandeform. Eftersom jag har hela så kallade *populationen* av vårdcentraler i Region Skåne blir signifikantest mindre användbart då generalisering inte är nödvändigt, istället blir det en fråga om hur stor en skillnad mellan två ägandeformer behöver vara för att skillnaden ska *anses relevant* (se, Djurfeldt m.fl. 2010, s. 183; Esaiasson m.fl. 2017, s. 394). Medelvärdesanalysen av Isaksson m.fl. (2016) och deras tolkning av densamma kan ge viss riktning i om en skillnad mellan ägandeformer kan anses vara relevant. Isaksson m.fl. (Ibid) argumenterar för att även små skillnader mellan vårdcentraler kan anses som centrala i och med det lagstadgade krav på jämlikhet som råder i det svenska sjukvårdssystemet.

En diskussionspunkt i resultatdelen blir också hur generaliserbara resultaten kan anses vara till andra fall utanför Region Skåne, så kallad *extern validitet* (Hair jr m.fl. 2019, s. 373). Vad gäller den statsvetenskapliga förklaringen av Region Skånes arbete med ersättningsystemet går det att argumentera för en relativt god extern validitet till andra regioner. Detta då de statliga ramarna är desamma för alla regioner och att ersättningsystemen ofta utgår från liknande ersättningsmodeller (jfr, SOU 2018:55, s. 78).

Avslutningsvis är det värt att nämna att intervjumaterialet i begränsad utsträckning har använts vid analysen av datamaterialet.

5 Resultat

Resultatkapitlet består av tre delar, först presenteras en genomgång av fördelning av vårdcentraler mellan bostadsområden och kommuntyper utifrån ägandeform. Sedan går jag igenom fördelningen av nyetablerade vårdcentraler i Region Skåne under åren 2015 till 2021 och för en summerande diskussion om jämlikheten i geografiska fördelningen av vårdcentraler i Region Skåne. Kapitlet avslutas med en genomgång av Region Skånes arbete med ersättningssystemet till vårdcentralerna utifrån en reformteoretisk ansats i jämförelse med rational choice förklaringen som tidigare studier ofta utgår ifrån.

5.1 Fördelning av vårdcentraler mellan bostadsområden och kommuntyper utifrån ägandeform

Den geografiska fördelningen av vårdcentraler mellan bostadsområden och kommuntyper utifrån ägandeform analyseras med hjälp av två tabeller. I uppsatsen finns två geografiska analysnivåer: Dels bostadsområden (som operationaliseras till *Regionala statistikområden* [RegSO]), dels kommunnivå. Jag särskiljer mellan tre privata ägandeformer av vårdcentraler efter vinstintresse, privat i egen drift, kooperativ koncerner och koncerner. Jag definierar också en offentlig ägandeform som är Region Skånes vårdcentraler. Region Skånes vårdcentraler har inte rangordnats efter vinstintresse.

Den första frågeställningen i uppsatsen formulerades på följande sätt:

Finns det någon skillnad i fördelningen av vårdcentraler mellan bostadsområden och kommuntyper utifrån ägandeform?

Genom att jämföra olika medelvärden mellan olika ägandeformer av vårdcentraler går det att se i vilka bostadsområden och kommuntyper olika ägandeformer i genomsnitt etablerar sina respektive vårdcentraler. Den kanske mest lättöverskådliga variabeln jag använder mig av i jämförelsen av medelvärden är det socioekonomiska indexet. Det socioekonomiska indexet ger en överblick av hur den socioekonomiska statusen på bostadsområdena kan sägas vara. Ett högre värde på det socioekonomiska indexet indikerar en svagare socioekonomisk status på bostadsområdena och ett lägre värde indikerar mer välmående socioekonomiska bostadsområden. De tre privata ägandeformernas medelvärden på det socioekonomiska indexet visar att högre vinstintresse har ett samband med att vårdcentralerna i genomsnitt är fördelade i socioekonomiskt mer välmående bostadsområden. Koncerner med högt vinstintresse har vårdcentraler som sett till det socioekonomiska indexets medelvärde i genomsnitt är fördelade i de mest socioekonomiskt välmående bo-

stadsområdena av alla ägandeformer. Kooperativa koncerners vårdcentraler är i genomsnitt fördelade i socioekonomiska bostadsområden som är mer välmående än *privat i egen drifts vårdcentraler* men svagare än *koncernernas* enligt medelvärdet på det socioekonomiska indexet

Något överraskande visar det sig att vårdcentraler drivna privat i egen drift i genomsnitt är fördelade i svagare bostadsområden än Region Skånes vårdcentraler. Detta skulle kunna ses som ett överraskande fynd, men det finns undantag som inte funnit skillnader mellan hur privata och offentliga vårdcentralers hanterar ekonomiska incitament (se, Vengberg 2021). Läsaren bör dock komma ihåg att nästan alla Region Skånes vårdcentraler etablerades redan innan LOV. Det går inte att göra en rättvis jämförelse mellan var privata företag och Region Skåne väljer att geografisk placera sina vårdcentraler eftersom Region Skånes vårdcentraler i de flesta fall placerades ut när det inte fanns så många privata vårdcentraler och när privata vårdcentraler inte hade en så kallad *fri etableringsrätt*. Region Skåne har också ett ansvar för att alla medborgare i Skåne har tillgång till en vårdcentral, medan privata företag som startar en vårdcentral endast har ett ansvar för de medborgare som *listar sig* på vårdcentralen som privata företag startar.

Tabell 5. Medelvärdestest av variabler på RegSO och kommunnivå efter olika ägandeformer av vårdcentraler efter vinstintresse året 2021.

Ägandeform	Privat i egen drift	Kooperativ koncern	Koncern	Region Skåne	Samtliga i Privat drift
Vinstintresse	Lågt	Medel	Högt	-	-
<u>RegSO</u>					
¹ Socioekonomiskt index	14,2	12,5	11,7	12,7	12,4
¹ Disponibel inkomst per konsumtionsenhet (median)	222 073	233 811	238 436	233 690	234 183
% med högst förgymnasial utbildning	12,6	12,2	11,9	13,0	12,0
% Med utländsk bakgrund	45,1	32,9	30,4	33,3	34,8
¹ % inskrivna arbetslösa	21,0	17,1	16,9	18,1	18,0
% 0-4 år gamla	5,7	5,3	5,4	5,7	5,5
% >64 år gamla	16,1	19,4	21,5	21,0	19,8
% valdeltagande landsting (2018)	77,3	80,8	81,8	81,1	80,5
<u>Kommun</u>					
Invånare per Kvadratkilometer	1341	414	570	621	765
Skattekraft per invånare	204 315	216 402	207 183	205 714	207 431
kommunalvalsresultat M (2018)	22,6	21,3	23,5	21,8	23,0
kommunalvalsresultat SD (2018)	18,4	17,3	18,9	20,0	18,6
N	22	9	49	83	80

Källa: Egna bearbetningar av data från Region Skåne, Statistiska centralbyrån u.å.a och Delegationen mot segregation u.å. ¹Siffror från 2020.

Koncernernas vårdcentraler visar sig i snitt vara fördelade i bostadsområden med en disponibel inkomst per konsumtionsenhet som är 16 363 kronor högre än bostadsområden där vårdcentraler som drivs privat i egen drift i snitt är fördelade. Även sett till disponibel inkomst per konsumtionsenhet visar sig kooperativa koncerner landa på ett medelvärde som ligger mellan privat i egen drift och koncerner. Ett medelvärde värt att nämna är att vårdcentraler drivna privat i egen drift i snitt har 45 procent med utländsk bakgrund i sina bostadsområden. Det är 15 procentenheter högre än motsvarande värde för koncerner.

Två variabler på bostadsområdesnivå som skulle kunna motsäga att högre vinstintresse leder till en genomsnittlig fördelning av vårdcentraler i bostadsområden med friskare medborgare är de demografiska åldersvariablerna. För % 0-4 år gamla är skillnaderna mellan ägandeformer små. För variabeln % >64 år gamla är medelvärdet för alla ägandeformer någorlunda lika med undantag för privat i egen drift som i genomsnitt är etablerade i bostadsområden med färre äldre. Det finns dock flera socioekonomiskt svagare bostadsområden i och runt Malmö med en yngre befolkning där vårdcentraler drivna privat i egen drift ofta är placerade vilket troligtvis är orsaken till att privat i egen drift har ett lägre medelvärde än övriga ägandeformer på variabeln % >64 år gamla.

Valdeltagandet i landstingsvalet 2018 var 3 till 4 procentenheter lägre i bostadsområden där vårdcentraler drivna privat i egen drift i genomsnitt finns etablerade i jämförelse övriga ägandeformer, skillnaden mellan övriga ägandeformers medelvärde är små. Tolkningen av valdeltagande bör ske med försiktighet eftersom valdeltagande är ett komplext fenomen att förklara. Om lägre valdeltagande kan ses som ett uttryck för lägre samhällsengagemang går det att tillsammans med det socioekonomiska indexet se ett mönster, mönstret är att lägre samhällsengagemang och svagare socioekonomisk status på bostadsområdet har ett samband med att fler vårdcentraler drivna privat i egen drift finns i bostadsområdet. Skillnaderna i kommunvalsresultaten 2018 för Moderaterna och Sverigedemokraterna är så små mellan de olika ägandeformerna av vårdcentraler. Det går alltså inte att se några samband mellan en kommuns ideologi och om en viss ägandeform av vårdcentral i högre grad finns fördelad i kommunen.

Den tidigare forskningen pekar på att vinstdrivande aktörer främst etablerar sig i socioekonomiskt mer välmående bostadsområden vilket riskerar att leda till en ojämlig fördelning av vårdcentraler mellan bostadsområden. Resultaten visar att högre vinstintresse har ett samband med fler vårdcentraler fördelade i socioekonomiskt mer välmående bostadsområden. Intressant nog syns nästan inga skillnader i det socioekonomiska indexet när samtliga privata vårdcentraler jämförs med Region Skånes vårdcentraler.

På kommunnivå är det främst två medelvärden som sticker ut. Vårdcentraler drivna privat i egen drift har långt fler invånare per kvadratkilometer per kommun än övriga ägandeformer. Detta indikerar att vårdcentraler drivna privat i egen drift i snitt är fördelade i stadskommuner. Det framgår också att Kooperativa koncerner är etablerade i kommuner med högre skattekraft än övriga ägandeformer. Det finns dock två problem med att analysera ekonomiska variabler på kommunnivå. Det första är att det endast finns 33 kommuner i Skåne vilket gör att många vårdcentraler befinner sig i samma kommun. För det andra är det inte så troligt att företag

skulle välja geografisk plats att starta en ny vårdcentral på baserat på kommuntyp eftersom kommuner är så stora rent geografiskt. Kommunivån är en för stor geografisk analysnivå för att dra några säkra slutsatser om företag *systematiskt etablerar vårdcentraler nära områden med friskare patienter*, så kallad cream skimming.

Kommunivån kan dock vara en användbar analysnivå för skiljelinjen mellan stad och landsbygd. I teorikapitlet argumenterade jag för att det främsta skälet till att ojämlikhet skulle uppstå mellan stad och landsbygd vore för att vårdcentralerna har svårigheter med kompetensförsörjning på landsbygden. Region Skåne har cirka 50 procent av alla vårdcentraler i regionen. Om en kommuntyp har långt under 50 procent privat drivna vårdcentraler är en trolig förklaring att kompetensförsörjningen är en utmaning i dessa kommuntyper (Kullberg m.fl. 2018; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2021a). Region Skånes uppdrag är att ge medborgarna vård vilket gör att Region Skåne blir tvingad att försöka att etablera vårdcentraler i landsbygdskommuner trots svårigheter med kompetensförsörjningen till vårdcentraler (jfr, SOU 2018:55, s. 44).

Resultaten pekar på att den enda kommuntyp som har fler privata vårdcentraler än offentliga är *storstadskommuner*. Bilden att vårdcentraler drivna privat i egen drift främst finns belägna i städer bekräftas även i tabell 6. Att koncerner som har ett högt vinstintresse inte har en övervikt av etableringar i storstadskommuner stärker också tesen att det främst handlar om kompetensförsörjning snarare än cream skimming, när fördelningen av vårdcentraler mellan landsbygdskommuner och storstadskommuner och täta kommuner ska förklaras. Kooperativa koncerners vårdcentraler visar sig i övervikt vara fördelade i *täta kommuner*, men eftersom det finns så få vårdcentraler drivna av kooperativa koncerner blir det svårt att dra några slutsatser om denna ägandeform. Genom att överblicka den sista raden (N) i tabell 6 framgår det hur stor andel av alla vårdcentraler som drivs av respektive ägandeform. Genom att använda sista raden i tabell 6 syns det att 13,5 procent av alla vårdcentraler drivs privat i egen drift men att över 20 procent av vårdcentralerna i storstadskommuner drivs privat i egen drift.

Tabell 6. Vårdcentralernas fördelning 2021 mellan kommuntyper justerat för fyra ägandeformer.

	(Aggregerade kommuntyper)	Region Skåne	Privat i egen drift	Kooperativ koncern	Koncern	Summering
Vinstintresse		-	Lågt	Medel	Högt	-
Storstadskommuner	(Storstadskommuner)	29 (46,7%)	13 (21%)	3 (4,8%)	17 (27,4%)	62 (100%)
Täta kommuner nära större städer	(Täta kommuner)	26 (52,0%)	6 (12%)	4 (8%)	14 (28%)	50 (100%)
Täta kommuner avlägset belägna	(Täta kommuner)	6 (50,0%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	3 (25%)	12 (100%)
Landsbygdskommuner nära större städer	(Landsbygds-kommuner)	14 (58,3%)	0 (0%)	1 (4,2%)	9 (37,5%)	24 (100%)
Landsbygdskommuner avlägset belägna	(Landsbygds-kommuner)	8 (53,3%)	1 (6,6%)	0 (0%)	6 (40%)	15 (100%)
N		83 (50,9%)	22 (13,5%)	9 (5,5%)	49 (30%)	163 (100%)

Källa: Egna bearbetningar av data från Region Skåne, Tillväxtverket 2021 och Statistiska centralbyrån u.å.a. Procentsatserna läses per rad

I tabell 6 syns att vårdcentraler som drivs av koncerner har en övervikt av etableringar i landsbygdskommuner i jämförelse med övriga privata ägandeformer. Detta resultat skulle kunna bero på att koncerner har lättare med kompetensförsörjningen då de är större företag och har mer resurser än vårdcentraler som drivs privat i egen drift. Intervjuperson ett (2022) säger att Region Skåne upplever en svårighet med kompetensförsörjningen till vårdcentraler i östra Skåne som generellt består av mer glesbefolkade kommuner. Kullberg m.fl. (2018) och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021a) visar i deras studier att kompetensförsörjning är en utmaning för vårdcentraler som befinner sig på landsbygden.

De flesta socioekonomiskt välmående kommunerna med hög skattekraft kategoriseras som *täta kommuner* eller *storstadskommuner* vilket gör det svårt att särskilja landsbygdseffekter från socioekonomiska effekter på var företag väljer att starta vårdcentraler. Två socioekonomiskt relativt välmående kommuner i östra Skåne som också kategoriseras som *landsbygdskommuner* är Simrishamn och Höganäs. Tillsammans har dessa två kommuner 3,3 procent av region Skånes befolkning och drygt 3,7 procent av alla Skånes vårdcentraler. Jämförelsen mellan antalet vårdcentraler socioekonomisk välmående landsbygdskommuner såsom Simrishamn och Höganäs gentemot övriga Skåne är endast en jämförelse mellan fåtal procent av alla vårdcentraler och kommuner vilket inte är en säker bas att dra slutsatser ifrån. Även om det är en övervikt av privata vårdcentraler i Simrishamn och Höganäs är det bara tal om sex vårdcentraler, varav fyra av dessa är privata vårdcentraler.

En summering kring fördelningen av vårdcentraler mellan bostadsområden och kommuntyper utifrån ägandeform kan beskrivas enligt:

- Vårdcentraler drivna *Privat i egen drift* är främst placerade i storstäder i socioekonomiskt svagare bostadsområden. Vårdcentralernas områden har en lägre inkomst, större andel med utländsk bakgrund och en yngre befolkning än övriga ägandeformer.
- *Kooperativa koncerner* är främst etablerade i tätare kommuner och i städer. Bostadsområdena som dessa vårdcentraler finns etablerade i har en medelhög socioekonomisk status i jämförelse med övriga ägandeformer. Indikatorer finns på att denna ägandeform ofta är etablerad i kommuner med högre skattekraft i jämförelse med övriga ägandeformer. Eftersom det bara finns 9 vårdcentraler drivna av kooperativa koncerner ska resultaten tolkas med försiktighet.
- *Koncerner* har den jämnaste fördelningen av vårdcentraler mellan stad- och landsbygdskommuner av de privata ägandeformerna. Koncernernas vårdcentraler är i genomsnitt fördelade i socioekonomiskt mer välmående bostadsområden i jämförelse med övriga ägandeformer. En siffra som sticker ut är att bostadsområdena där koncerner finns etablerade har en disponibel inkomst per boende som är i snitt 16 363 kronor högre än bostadsområden där vårdcentraler i Privat egen drift finns etablerade.
- *Region Skånes* vårdcentraler har en relativt jämn fördelning mellan olika bostadsområden och kommuntyper i jämförelse med övriga ägandeformer. Region Skånes vårdcentraler är i genomsnitt inte fördelade i de socioekonomiskt svagaste bostadsområdena i jämförelse med övriga ägandeformer vilket är något överraskande. Förklaringen är att Region Skånes vårdcentraler placerades ut geografiskt innan Lagen om valfrihetssystem infördes och det fanns då färre privata vårdcentraler, detta gjorde att Region Skåne behövde placera sin vårdcentraler alla typer av socioekonomiska bostadsområden.

5.2 Fördelningen av nyetablerade vårdcentraler 2015-2021 och tre jämlikhetsperspektiv på fördelningen av vårdcentraler

Genom att undersöka var nya vårdcentraler placerats i Region Skåne mellan åren 2015 och 2021 ges en fördjupad bild av hur geografiska fördelningen av vårdcentraler utvecklats fram till året 2021. Vilka ägandeformer är det som etablerat nya vårdcentraler? Vilka bostadsområden har fått flest nya vårdcentraler? Vilka kommuntyper har fått flest vårdcentraler?

Hur ser fördelningen av nyetablerade vårdcentraler ut mellan åren 2015 och 2021?

För att svara på denna fråga kommer jag bland annat att utgå från Delegationen mot segregations definition av fem olika områdestyper. *Områdestyp 1* (områden med stora socioekonomiska utmaningar), *Områdestyp 2* (områden med socioekonomiska utmaningar), *Områdestyp 3* (socioekonomiskt blandade områden), *Områdestyp 4* (områden med goda socioekonomiska förutsättningar) och *Områdestyp 5* (områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar).

Samtliga nyetablerade vårdcentraler i Region Skåne mellan åren 2015 och 2021 är drivna av privata företag. Skåne har gått från 150 vårdcentraler år 2014 till att år 2021 ha 163 vårdcentraler unika vårdcentraler. Mellan 2015 och 2017 under Socialdemokraternas och Miljöpartiets minoritetsstyre etablerades alla de nya vårdcentralerna i Skånes två största städer sett till folkmängd, det vill säga Malmö och Helsingborg. Samtliga nyetableringar mellan 2015 och 2017 skedde i bostadsområden med socioekonomiska utmaningar, bostadsområden som enligt studier bör ha ett större vårdbehov i jämförelse med andra bostadsområden (jfr, Burström m.fl. 2017).

De flesta vårdcentraler som etablerades mellan åren 2015 och 2021 drevs i privat egen drift. Sedan 2019 är det koncerner som startat upp majoriteten av de nya vårdcentralerna. En förväntan är att koncernernas vinstintresse har lett till att de främst startar vårdcentraler i socioekonomiskt mer välmående områden. Samtliga koncerner som etablerats sedan 2019 har också etablerats i antingen socioekonomiskt blandade eller socioekonomiskt starka bostadsområden.

Koncernernas vårdcentraler som etablerades mellan åren 2015 och 2021 är enligt medianvärdet främst etablerade i bostadsområden med goda socioekonomiska förutsättningar (områdestyp 4), vårdcentraler som startats i privat egen drift mellan åren 2015 och 2021 är enligt medianvärdet främst etablerade i bostadsområden med socioekonomiska utmaningar (områdestyp 2). Medianvärdet för alla nystartade vårdcentraler i Region Skåne för åren 2015 till 2021 motsvarar bostadsområden som är socioekonomisk blandade (områdestyp 3). Medianvärdet för alla nystartade vårdcentraler är det värdet som är i mitten på skalan på olika områdestyper, detta indikerar att fördelningen av alla nyetablerade vårdcentraler mellan olika socioekonomiska bostadsområden varit relativt jämn i Skåne mellan åren 2015 och 2021.

Tabell 7. Nyetablerade vårdcentralers i Region Skåne per år och dess kommuntyp och områdestyp.

Politiskt styre	År	Kommun	Ägandeform	Område­styp (1-5)	Kommunindelning	Aggregerad kommunindelning
S och MP	2015	Helsingborg	Privat i egen drift	2	Täta blandade kommuner	Täta kommuner
i minoritet	2015	Malmö	Privat i egen drift	2	Storstadskommuner	Storstadskommuner
↓	2016	Malmö	Privat i egen drift	1	Storstadskommuner	Storstadskommuner
	2017	Malmö	Privat i egen drift	2	Storstadskommuner	Storstadskommuner
Alliansen	2018	Lund	Koncern	3	Storstadskommuner	Storstadskommuner
i minoritet	2018	Helsingborg	Privat i egen drift	3	Täta blandade kommuner	Täta kommuner
↓	2018	Malmö	Privat i egen drift	2	Storstadskommuner	Storstadskommuner
	2018	Kristianstad	Privat i egen drift	4	Glesa blandade kommuner	Täta kommuner
	2018	Malmö	Privat i egen drift	2	Storstadskommuner	Storstadskommuner
	2018	Malmö	Privat i egen drift	1	Storstadskommuner	Storstadskommuner
	2019	Höganäs	Koncern	4	Tätorts­nära landsbygdskommuner	Landsbygdskommuner
	2019	Staffan­storp	Koncern	4	Storstadskommuner	Storstadskommuner
	2020	Helsingborg	Privat i egen drift	3	Täta blandade kommuner	Täta kommuner
	2020	Malmö	Privat i egen drift	2	Storstadskommuner	Storstadskommuner
	2020	Osby	Koncern	3	Glesa landsbygdskommuner	Landsbygdskommuner
	2020	Lund	Privat i egen drift	4	Storstadskommuner	Storstadskommuner
	2020	Lomma	Koncern	4	Storstadskommuner	Storstadskommuner
	2021 ¹	Malmö	Privat i egen drift	3	Storstadskommuner	Storstadskommuner
	2021	Malmö	Privat i egen drift	3	Storstadskommuner	Storstadskommuner
	2021	Malmö	Koncern	4	Storstadskommuner	Storstadskommuner
	2021	Malmö	Koncern	3	Storstadskommuner	Storstadskommuner

Källa: Egna bearbetningar av data från Region Skåne, Statistiska centralbyrån u.å.a och Tillväxtverket 2021. Valet 2018 hölls 9 september. ¹område­stypernas siffror är från 2020. *Område­styp 1* (områden med stora socioekonomiska utmaningar), *Område­styp 2* (områden med socioekonomiska utmaningar), *Område­styp 3* (socioekonomiskt blandade områden), *Område­styp 4* (områden med goda socioekonomiska förutsättningar) och *Område­styp 5* (områden med mycket goda socioekonomiska förutsättningar).

Precis som tidigare studier förutser är det bara två nyetablerade vårdcentraler av 21 som etablerats i *landsbygdskommuner* mellan åren 2015 och 2021 i Skåne (se, Kullberg m.fl. 2018; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys 2021a). De flesta nyetablerade vårdcentralerna har placerats i sydvästra Skåne runt städerna Malmö, Helsingborg och Lund, även Staffan­storp och Lomma ligger i sydvästra Skåne. Nyetablerade vårdcentraler mellan åren 2015 och 2021 har i de flesta fall placerats i *storstadskommuner* och *täta kommuner*. I Landsbygdskommuner har bara två nyetableringar av vårdcentraler gjorts av totalt 21.

5.2.1 Tre perspektiv på jämlikheten i geografiska fördelningen av vårdcentraler

Jag argumenterar för att det finns tre olika perspektiv på hur fri etablering för privata aktörer relaterar till jämlikheten i geografiska fördelningen av vårdcentraler i

Region Skåne. Det finns ett perspektiv från Region Skånes synviken och det finns två olika perspektiv ur medborgarnas synvinkel.

Burström m.fl. (2017) menar i deras studie att olika vårdbehov mellan grupper och geografiska områden gör att det inte går att göra raka jämförelser för att se om fördelningen av vårdcentraler är jämlik eller inte. Burström m.fl. menar att en jämlik fördelning av vårdcentraler efter *vårdbehov* behöver bygga på en övervikt av vårdcentraler i landsbygdskommuner eftersom behovet av vård generellt är större för boende på landsbygden än i städer. Ett motargument mot att vårdbehovet är större på landsbygden är att flera av de socioekonomiskt svagaste bostadsområdena i Skåne ligger nära städer såsom Malmö (jfr, delegationen mot segregation u.å.). Att det finns fler socioekonomiskt svaga bostadsområden vid städer talar istället för att storstäder bör ha en högre fördelning av vårdcentraler gentemot landsbygden. När folkmängden per kommuntyp jämförs med geografiska fördelningen av vårdcentraler mellan kommuntyper ser fördelningen av vårdcentraler ut att vara relativt god. Landsbygdskommuner har några enstaka procentenheters fler vårdcentraler per invånare jämfört med täta kommuner och storstadskommuner.

Tabell 8. Folkmängd och vårdcentraler efter Tillväxtverkets kommuntyper.

Kommuntyp	(Aggregerade Kommuntyper)	Folkmängd (%)	Alla vårdcentraler (%)
Storstadskommuner	(Storstadskommuner)	549 758 (39,2%)	62 (38,0%)
Täta kommuner nära större städer	(Täta kommuner)	469 502 (33,4%)	50 (30,7%)
Täta kommuner avlägset belägna	(Täta kommuner)	99 291 (7%)	12 (7,4%)
Landsbygdskommuner nära större städer	(Landsbygdskommuner)	184 088 (13,1%)	24 (14,7%)
Landsbygdskommuner avlägset belägna	(Landsbygdskommuner)	99 786 (7,1%)	15 (9,2%)
N		1 402 425	163

Källa: Egna bearbetningar av data från Region Skåne, Tillväxtverket 2021 och Statistiska centralbyrån u.å.a. Procentsatserna är beräknade per kolumn.

Burström m.fl. (2017) beskriver en oro över att *fri etableringsrätt* för privata aktörer att starta vårdcentraler och att *resursallokeringen* mellan vårdcentraler blivit mer beroende av vårdcentralens geografiska placering. Oron Burström m.fl. (Ibid) lyfter fram är att fri etableringsrätt och resursallokering efter geografisk placering riskerar att öka ojämlikheten i primärvården. I den här uppsatsen visar resultatet något överraskande att jämlikheten i geografiska fördelningen av vårdcentraler är relativt god sett till tabell 8. Samtidigt går det att konstatera att det finns 39 olika vårdcentraler i Skånes 15 landsbygdskommuner, medan de 18 skånska storstadskommunerna och täta kommunerna tillsammans har 124 olika vårdcentraler. Uppdelningen av tre olika privata ägandeformer efter vinstintresse bekräftar å ena sidan farhågorna i tidigare studier om att vinstintresse har ett samband med att starta vårdcentraler i socioekonomiskt mer välmående bostadsområden, å andra sidan verkar geografiska fördelningen av vårdcentraler vara relativt jämnt fördelad efter folkmängd och kommuntyp i Skåne.

Samhällsvetenskapen har länge debatterat om marknadskrafterna leder till en ökad ojämlikhet eller om de leder till mer effektiva samhällen (jfr, Polanyi 2012; Esping-Andersen 1990; Hayek 2005). Den totala effekten av skilda vinstintressen mellan företag som driver vårdcentraler i Skåne tycks vara att ägandeformerna sprids ut mellan bostadsområden och kommuntyper vilket leder till en relativt jämlik geografisk fördelning av vårdcentraler i Skåne sett till vårdcentraler per invånare. Burström m.fl. (2017) har rätt i att geografisk placering av vårdcentraler spelar en stor roll för hur pengarna fördelas mellan vårdcentraler, men i fallet Region Skåne verkar det inte leda till en ojämlik geografisk fördelning av vårdcentraler utifrån måttet vårdcentraler per medborgare.

Jag menar att det finns tre perspektiv på hur den fria etableringsrätten för privata aktörer relaterar till jämlikheten i geografiska fördelningen av vårdcentraler i Region Skåne:

- Från Region Skånes perspektiv kan jämlikheten i geografiska fördelningen av vårdcentraler beskrivas som god, både mellan socioekonomiska bostadsområden och mellan stadskommuner och landsbygdskommuner. Privata aktörer verkar etablera vårdcentraler i olika typer av bostadsområden vilket leder till en uppdelning av bostadsområden mellan privata aktörerna. Att vissa privata företag riktar in sig på socioekonomiskt välmående bostadsområden är inte nödvändigtvis ett problem för Region Skåne så länge själva vården medborgarna får är god. Intervjuperson två (2022) beskriver att en viss koncern startat en vårdcentral i ett område med friska medborgare, men eftersom Region Skåne *riskjusterar* ersättningen till vårdcentralerna kommer koncernen att få en lägre ersättning. Riskjusteringen gör att resurserna fortfarande kan fördelas efter vårdbehov trots att geografisk placering spelar så stor roll för vårdcentralernas finansiering.
- Ur medborgarperspektivet framträder två olika perspektiv på jämlikheten i geografiska fördelningen av vårdcentraler. Ett första perspektiv är att se på jämlikheten i geografiska fördelningen av vårdcentraler på samma sätt som ur Region Skånes perspektiv. Varje medborgare i Region Skåne har minst en vårdcentral inom sin kommun. Fördelningen av vårdcentraler mellan kommuner är relativt jämnt fördelad sett till folkmängd per kommun vilket indikerar en jämlik geografisk fördelning av vårdcentraler.
- Ur ett annat medborgarperspektiv går det att argumentera för att jämlikheten i geografiska fördelningen är mer ojämlik. För att medborgare ska kunna nyttja sin valfrihet och välja vårdcentral krävs det att det finns mer än en vårdcentral att välja mellan. För boende i storstadskommuner och täta kommuner har utbudet av vårdcentraler ökat de senaste åren i Region Skåne. Fördelningen av olika ägandeformer mellan kommuntyper leder till att befolkningen på landsbygden inte alls fått en lika stor ökning av antalet vårdcentraler, boende i landsbygdskommuner får snarare nöja sig med den ägandeform av vårdcentral som finns där de bor. Det går alltså att se en ojämlik geografisk fördelning av vårdcentraler mellan stad och landsbygd i Region

Skåne ur perspektivet att *medborgarna på landsbygden inte kan välja vårdcentral i samma utsträckning som medborgarna i städerna.*

Maktskiftet i Region Skåne 2018 har ett samband med en ökning av antalet vårdcentraler. Det är dock inte självklart att sambandet mellan Region Skånes maktskifte 2018 och ökningen av antalet vårdcentraler i Skåne har någonting att göra med varandra. Vilka möjligheter har Region Skåne att styra fördelningen av vårdcentraler? Hur lyder en reformteoretisk förklaring för Region Skånes arbete med ersättningssystemet? Hur förhåller sig den reformteoretiska förklaringen av regional styrning till de dominerande rational choice inspirerade studierna om svensk primärvård?

5.3 Regionens arbete för en jämlik fördelning av vårdcentraler

Studier som undersökt regionernas styrning av vårdcentraler pekar på att ersättningssystemet är en av de viktigaste styrmetoderna regionerna använder sig av för att styra vårdcentralerna (Anell m.fl. 2018; Kullberg m.fl. 2018). Den sista frågeställning i denna uppsats lyder enligt:

Vilka möjligheter och begränsningar hade Region Skåne i arbetet med ersättningssystemet under åren 2014 till 2021?

Mellan 2015 och 2017 startades fyra nya vårdcentraler i Region Skåne under Socialdemokraternas och Miljöpartiets minoritetsstyre. När året 2018 summerades och Alliansen övertagit makten i regionen hade sex nya vårdcentraler etablerats bara under 2018. Under 2019 till slutet av 2021 tillkom ytterligare elva vårdcentraler.

Tidigare studier argumenterar för att regionerna sätter spelreglerna och att politiska högerstyren åtminstone på kommunnivå brukar leda till en ökad andel privata utförare av välfärdstjänster. Reformteorin menar istället att politikernas mer abstrakta idéer konkretiseras på förvaltningsnivå. Reformteorin menar också att det sällan finns ett rakt orsakssamband mellan politikernas abstrakta idéer och de resultat som politiken levererar till medborgarna.

Ett första steg i analysen är att undersöka den formella organiseringen Region Skåne har i sitt arbete med vårdcentralerna. Region Skånes förvaltning som arbetar mot vårdcentralerna är uppdelad i en *Hälso- och sjukvårdsnämnd* som har det politiska ansvaret för *förfrågningsunderlaget*, och en *Primärvårdsnämnd* som har det politiska ansvaret för vårdcentralerna som drivs av Region Skåne (Intervjuperson ett 2022; Intervjuperson två 2022). När förfrågningsunderlaget för några år sedan skulle genomgå en större förändring tillsatte Region Skåne en grupp med tjänstemän från regionen, företrädare för privata vårdcentraler och företrädare för Region Skånes egna vårdcentraler (Intervjuperson två 2022). Båda intervjupersonerna var tydliga med att i inledningen av intervjuerna betona i vilken del av regionen de arbetade (antingen Hälso- och sjukvårdsnämnden eller Primärvårdsnämnden). Att

intervjupersonerna var noga med att betona vilken del av förvaltningen de tillhörde kan ses som en indikation på att organiseringen av förvaltningen har en direkt styreffekt på hur förvaltningsnivån tar sig an sitt uppdrag.

Eftersom jag bara undersöker den regionala nivån i Skåne behöver inte Region Skånes organisering vara ett regionpolitiskt beslut. LOV innebär att jämlik konkurrens ska råda mellan privata och offentliga vårdcentraler. Region Skånes organisering är en indikation på att LOV i Region Skåne fått en styreffekt på tjänstemannanivå.

Region Skånes förfrågningsunderlag tas fram oberoende av Primärvårdsnämnden och delarna av förvaltningen som arbetar med de regionalt drivna vårdcentralerna. När kontakt tas mellan de offentliga vårdcentralerna och den del av Region Skåne som arbetar med förfrågningsunderlaget sker kontakten på samma premisser som om ett privat företag som driver vårdcentral skulle hört av sig. Intervjuperson två (2022) konstaterar att

Det är ingen kanal mellan primärvårdsnämnden och hälso- och sjukvårdsnämnden vad det gäller dom här frågorna.

Inför valet 2018 lovade Alliansen att höja anslagen till primärvården med 25 procent (Intervjuperson ett 2022; se även, Tribo m.fl. 2021). Förfrågningsunderlagen för åren 2014 till 2021 visar också en ökning av ersättningen till vårdcentralerna som visserligen började öka året 2018 men ytterligare tog fart under åren 2019 till 2021 (Region Skåne 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021). För att få reda på om en ökad ersättning till vårdcentraler leder till fler nyetableringar av vårdcentraler gäller det att veta hur lång tid det tar att starta upp en vårdcentral.

Av intervjuperson ett (2022) framkommer att det tar ett antal år för Region Skåne att starta en egen vårdcentral på grund av upphandlingsregler. Upphandlingsreglerna gör att regionen inte kan skriva första bästa avtal på tjänster och varor som behövs för att starta en vårdcentral. Regionen har flera tjänster och varor såsom lokaler och vårdutrustning som måste genomgå reglerade upphandlingar. Region Skåne kan hjälpa företag som vill starta vårdcentral med att räkna ut den påtänkta vårdcentralens förväntade inkomster genom att se hur patientunderlaget ser ut i geografiska området där företaget funderar på att etablera en vårdcentral. Privata företag som är intresserade av att starta en vårdcentral burkar höra av sig till Region Skåne och be om beräkningar av förväntade inkomster cirka 6 månader innan de startar en vårdcentral (Intervjuperson två 2022).

Det tar alltså något år för Region Skåne att starta en egen vårdcentral medan en privat vårdcentral verkar gå snabbare att starta upp. Ytterligare en skillnad mellan att Region Skåne startar en egen vårdcentral och att regionen får en ny privat vårdcentral är att när Region Skåne startar en egen vårdcentral binder regionen upp sig på lokalhyror över flera år. En vårdcentral driven av Region Skåne som inte går runt ekonomiskt och sen läggs ner lämnar alltså kvar lokalhyror och andra avtal i flera år efter nedläggningen för Region Skåne att betala. Ekonomiska risken kan alltså sägas vara lägre för Region Skåne om ett företag startar vårdcentral än om regionen själv skulle starta en vårdcentral (framgår i samtal med, Intervjuperson ett 2022). Samtidigt sker en så kallad moms-kompensation där privata vårdcentraler får

en högre ersättning på cirka tre till fyra procent för att kompensera för att de offentliga vårdcentralernas möjlighet att göra momsavdrag. En slutsats är att privata företag har en fördel när en vårdcentral ska startas gentemot Region Skåne eftersom företag snabbare kan starta en vårdcentral och att en privat vårdcentral innebär en lägre ekonomisk risk för Region Skåne.

Privata företag verkar ha möjlighet att reagera snabbt för att starta upp en vårdcentral från ett år till ett annat. Det går att argumentera för att de befintliga studierna om regionernas styrning av vårdcentralerna verkar stämma. De befintliga studierna grundar sig i rational choice teorier och beskriver politiken som en plats där spelreglerna för vårdcentralerna sätts. Är det så att primärvårdspolitikerna relativt okomplicerat förhandlar fram spelets regler för vårdcentralerna?

Av Intervjuperson två (2022) framkommer vissa bevis för att primärvårdspolitikerna relativt okomplicerat förhandlar fram spelets regler. Året 2021 införde Region Skåne ett landsbygdstillägg för vårdcentraler som innebär en fast månadsersättning på 75 000 kronor till vårdcentraler som fanns etablerade på landsbygden (Region Skåne 2020; se också Bilagan tabell 9). Intervjuperson två (2022) menade att landsbygdstillägget blev till genom att en grupp politiker och tjänstemän oberoende av varandra hade kommit fram till att ett landsbygdstillägg behövdes i ersättningen till vårdcentralerna. Intervjuperson två (Ibid) menar att vissa heltidsarvoderade politiker i Hälso- och sjukvårdsnämnden kan ställa mer tekniska frågor och verkar ha mer att säga till om i politikiska beslut. Möjligen har dessa heltidsarvoderade lokalpolitiker ett mer avgränsat uppdrag och mer lokalkännedom vilket leder till att de kan vara mer involverade i politiken än vad politiker på statliga nivån kan vara (jfr, Andersson 2017). Samtidigt ska inte politikernas detaljstyrning i Region Skåne överdrivas. Båda intervjupersonerna beskriver förfrågningsunderlaget som komplext, trots deras erfarenhet och expertis på området.

Går det att beskriva arbetet i Region Skåne med ersättningssystemet som en rationell process för att ta fram 'the rules of the game'? Ett exempel som talar för detta är att intervjuperson två (2022) menar att det inte är ett så stort problem om företag främst startar vårdcentraler i socioekonomiskt mer välmående områden tack vare den *riskjusterade ersättningen*

Dom har inga svårare sjukdomar dom har mer lätta åkommor och så vidare – då kan du ju inrikta dig på det men du får en lägre ersättning får du ju räkna med.

Det finns två motargument att lyfta fram mot att se regionens arbete som strikt rationellt och fullt av möjligheter. Det första är att riskjusteringen också kan ses som framtagen genom *imitation*, det andra motargumentet är att tidigare beslut i Region Skåne lett till en *trögrörlighet* som begränsar Region Skånes arbete med ersättningssystemet.

Region Skånes riskjustering har över undersökningsåren i huvudsak bestått av *Adjusted Clinical Groups (ACG)*, *Care Need Index (CNI)*, *ålder* och *kön*. De två förstnämnda riskjusteringarna ACG och CNI är de riskjusteringar som Anell m.fl. (2018) beskrivit som de dominerande bland regionerna. I teorikapitlet lyftes styrningsfilosofin LEAN fram som ett exempel på en implementering som skett genom

imitation snarare än rationalism. LEAN säljs idag in till hälso- och sjukvårdsorganisationer av en mängd olika företag. ACG har slående likheter med LEAN. Region Skåne (2022) skriver på sin hemsida för vårdcentralerna hur ACG används av över 175 sjukvårdsorganisationer världen över. Region Stockholms (2020) vårdgivarsida skriver att

ACG är utvecklat på John Hopkins University i Baltimore baserat på barnläkaren Barbara Starfields forskning som visade att barn med flera av varandra oberoende sjukdomstillstånd var mer resurskrävande än barn som hade endast en svår kronisk sjukdom.

Idag finns flertalet företag som arbetar med ACG analyser. Region Skåne har också upphandlat externa företag för att göra genomlysningar av deras arbete med ACG (Region Skåne 2022). Region Skåne (Ibid) skriver på sin hemsida att

Enligt ett flertal experter, liksom forskning inom området, är ACG det ojämförligt bästa instrumentet att beskriva en populations sjukdomsbörda – behov av vårdinsatser – och med detta som grund beräkna vilken ersättning en vårdcentral ska ha.

Inga referenser finns i regionens text på hemsidan om ACG som det ojämförligt bästa instrumentet. Men Anell m.fl. (2018) hittade ingen signifikant effekt i deras studie när de undersökte om ACG leder till att fler privata vårdcentraler startas upp i socioekonomiskt svagare bostadsområden.

CNI beräknas av Statistiska centralbyrån, Region Skåne får en CNI-beräkning per listad patient varje månad (intervjuperson två). En reformteoretisktolkning är att dessa riskjusteringar (ACG och CNI) ska ses som imitation där idéer sprids mellan regionerna om att ACG och CNI är eftersträvansvärda. Med andra ord går det att argumentera för att idéer i dimensionen *rummet* om ACG och CNI som bra och eftersträvansvärda funnits i Region Skåne. Region Skåne har sedan 2017 velat minska andelen ACG som används i riskjusteringen, trots att ACG beskrivs som det bästa instrumentet. Att Region Skåne velat fasa ut ACG kan ses som ett argument mot att regionens arbete är strikt rationellt eftersom ACG inte verkar vara den bästa riskjusteringen.

Om Region Skånes arbete med riskjusteringarna ska ses som byggd på imitation eller rationalitet är dock en närmast *ontologisk fråga*, med andra ord en fråga om hur läsaren ser på *världens beskaffenhet och mänskliga drivkrafter bakom handlingar*. Det går också att argumentera för att det är rationellt att använda befintliga system för riskjustering såsom ACG och CNI för att andra organisationer redan testat dessa. Jag kommer inte i denna uppsats att kunna avsluta debatten mellan rational choice teoretikerna som förespråkar en rationalistisk förklaring och reformteoretikerna som förespråkar imitation som en förklaringsmodell. Jag har dock lagt fram argument för att Region Skånes arbete med ersättningssystemet kan beskrivas som byggt på imitation.

Det andra argumentet mot att se Region Skånes arbete med ersättningssystemet som en enkel rationell beslutsprocess är att regionens arbete kan ses som *spårbundet*. Även om läsaren inte avfärdar att Region Skåne kan agera rationellt går det att

hitta empiriska bevis för att beslut som Region Skåne tagit i arbetet med förfrågningsunderlagen mellan 2014 och 2021 varit begränsade av tidigare tagna beslut.

Intervjuperson ett (2022) visade sig exempelvis inte vara orolig över förändringar i ersättningssystemet när en ny vårdcentral driven av Region Skåne ska startas. Detta trots att det kan ta flera år att starta en regionalt driven vårdcentral vilket betyder att det kan vara en helt annan ersättning som gäller när vårdcentralen väl öppnar. Intervjuperson ett är inte orolig eftersom det verkar vara nästan omöjligt för Region Skåne att göra snabba ändringar år till år i ersättningen till vårdcentralerna. En större förändring av ersättningssystemet från ett år till ett annat riskerar att leda till att flera vårdcentraler går i konkurs vilket riskerar medborgarnas tillgång till vård i Skåne. Det kanske klaraste exemplet på *spårbundenhet* som begränsande av potentiellt rationellt handlande är att Region Skåne redan år 2017 uttryckligen skrev att de ville fasa ut ACG och CNI som riskjusteringar i ersättningen till vårdcentralerna för deras läkemedelskostnader (Region Skåne 2017b, s. 4). Det var dock först år 2021 som ACG och CNI kunde fasas ut (se Bilaga tabell 9).

Statsvetenskapliga studier visar att resultatstyrning ligger ideologiskt närmast mitten-högerpartier, men sedan mitten-höger Alliansens maktövertagande har resultatstyrningen minskat i Region Skåne (se Bilaga tabell 9). Att ett mitten-högerstyre som Alliansen minskat på resultatstyrningen av vårdcentraler kan åtminstone ha tre huvudsakliga förklaringar. A) Alliansen har förändrat sin syn på resultatstyrning. B) Alliansen har tagit ett rationellt beslut som går emot deras ideologiska idéer om styrning. C) Det är tjänstemännen och inte politiker som i huvudsak tar fram utformningen på ersättningen.

Jag kommer inte kunna lägga fram en fullständig förklaringsmodell eftersom det skulle kräva ytterligare en uppsats. Framför allt är förklaring A) svår att avfärda med det material som finns tillgängligt. Förklaring B) går att ifrågasätta utifrån ett reformteoretiskt perspektiv. Reformteorin ifrågasätter att det finns en styrmodell som kan sägas vara bäst i styrningen av vårdcentralerna eftersom utmaningarna är så komplexa, en statsvetenskaplig term för att beskriva Region Skånes utmaningar med vårdcentralerna är att det är ett så kallat 'wicked problem'. Utifrån intervjupersonernas beskrivning av ersättningssystemets komplexitet och en reformteoretisk syn på politiken blir en slutsats att det främst är tjänstemännen och inte politikerna som i huvudsak tar fram utformningen på ersättningen till vårdcentralerna i Region Skåne.

Hur lyder då en reformteoretisk förklaring för Region Skånes arbete med ersättningssystemet mellan 2014 och 2021? Hur förhåller sig den reformteoretiska förklaringen till den befintliga, rational choice inspirerade litteraturen? Vilka möjligheter och begränsningar hade Region Skåne i arbetet med ersättningssystemet under åren 2014 till 2021?

- Den reformteoretiska synen att förvaltningen konkretiserar abstrakta politiska visioner verkar stämma i Region Skånes styrning av vårdcentralerna. Även om vissa mer insatta politiker kommer med mer specifika inspel verkar arbetet med förfrågningsunderlagen främst vara drivet av tjänstemannabeslut som troligen beror på förfrågningsunderlagets komplexitet. Detta är en mer komplex och dynamisk förklaring än den mer raka 'rules of the

game'-förklaringen som tidigare studier på primärvården utgår ifrån där regionerna på ett rationellt sätt sätter spelreglerna för vårdcentralerna.

- Om regionens arbete med ersättningssystemet ska ses som byggt på imitation eller rationella beslut är en svår fråga att besvara. Även om jag i uppsatsen inte kan avfärda rationellt handlande syns tydligt att flera av de riskjusteringar som Region Skåne använder sig av kan ses som implementerade utifrån imitation. Riskjusteringarna som används i Skåne används för att Region Skåne upplever de som de allra senaste moderna riskjusteringarna. Det går dock också att argumentera för att det är rationellt att använda riskjusteringar som andra sjukvårdsorganisationer redan använt och testat.
- Något som går att slå fast är att Region Skåne är begränsad i sitt handlingsutrymme. Arbetet med förfrågningsunderlagen kännetecknas till stor del av en spårbundenhet och förändringsmöjligheterna i förfrågningsunderlagen är begränsade från ett år till ett annat. Region Skåne är begränsat till årsvisa små förändringar i förfrågningsunderlaget vilket framgår av att förändringen av riskjusteringarna i ersättningen till vårdcentralerna har behövt ske stegvis år för år.

6 Diskussion och slutsats

Syftet med den här uppsatsen har varit att undersöka hur fri etablering för privata aktörer relaterar till jämlikheten i geografiska fördelningen av vårdcentraler i Region Skåne. Ett delfokus har varit att särskilja ägandeformer utifrån vinstintresse. I den andra delen av uppsatsen har jag undersökt Region Skånes möjligheter och begränsningar i arbetet med ersättningsystemet till vårdcentralerna. Hur lyder då en kort summering av resultaten?

Det finns olika perspektiv på hur jämlik den geografiska fördelningen av vårdcentraler kan sägas vara. Ur regionens perspektiv visar sig fördelningen av vårdcentraler vara relativt god om man ser till antalet vårdcentraler per medborgare i landsbygdskommuner, täta kommuner och storstadskommuner. Om man ser till fördelningen av vårdcentraler ur medborgarnas perspektiv framgår det att vårdcentraler i övervikt finns fördelade i och runt städer. Att vårdcentraler koncentreras till städerna leder till att stadsbor får större möjlighet att välja vårdcentral medan boende på landsbygden å ena sidan verkar ha nära till sin vårdcentral men å andra sidan får mindre möjligheter att välja vårdcentral.

En förklaring till varför jämlikheten i fördelningen av vårdcentraler ur Region Skånes perspektiv kan ses som relativt god skulle kunna vara att privata företag som driver vårdcentraler har olika vinstintressen, företagen etablerar sig i olika bostadsområden vilket leder till en relativt jämn fördelning av vårdcentraler. Svårighet med kompetensförsörjning gör att inte fler vårdcentraler finns fördelade på landsbygden. Efterfrågan på vård blir också lägre om det finns färre medborgare i området vilket gör att det troligtvis finns en svårighet att etablera privata vårdcentraler på landsbygden.

Vårdcentraler drivna privat i egen drift finns främst fördelade i storstadskommuner i socioekonomiskt svagare bostadsområden. Kooperativa koncerner placerar sig mellan ytterligheter och finns etablerade i bostadsområden med en medelhög socioekonomisk status, det låga antalet observationer på just kooperativa koncerner gör dock att resultatet ska tolkas med viss försiktighet. Vårdcentraler drivna av Koncerner visade sig vara etablerade i bostadsområden med de mest gynnsamma socioekonomiska förutsättningarna i jämförelse med övriga ägandeformer. En siffra värd att betona är att bostadsområdena koncernernas vårdcentraler i genomsnitt var etablerade i hade drygt 16 000kr högre disponibel inkomst än motsvarande bostadsområden för vårdcentraler drivna privat i egen drift. Det finns få studier som skiljer mellan privata ägandeformer utifrån vinstintresse och fortsatta studier behövs på detta område. Mina resultat visat likt Broms m.fl. (2021) på skilda utfall mellan olika privata ägandeformer vilket borde stimulera till fortsatta undersökningar av olika privata ägandeformer i välfärdssektorn. Region Skåne har ett annat ansvar än privata företag vilket gör att jag inte kunnat definiera ett vinstintresse för Region Skåne.

Vad gäller regionens arbete för en jämlik geografisk fördelning av vårdcentraler både bekräftas och motsägs rational choice teoretikernas bild. Den reformteoretiska bilden jag lagt fram visar att politiska idéer konkretiseras på förvaltningsnivå, samtidigt visade sig också heltidsarvoderade politiker med sakkunskap vara mer involverade i regionens arbete med ersättningssystemet till vårdcentralerna. Det har varit svårt att jämföra reformteoretiska antaganden om mänskligt handlande som byggt på imitation gentemot rational choice antaganden om rationellt handlande. Jag menar att det finns styrningsidéer som troligtvis bygger på imitation såsom tron på riskjusteringar som kallas Adjusted Clinical Groups (ACG) och Care Need Index (CNI). Men att använda ACG och CNI kan också ses som rationell eftersom ju fler organisationer som använder dessa riskjusteringar desto mer kunskap och jämförelsematerial finns. Något som tydligt framgår är att spårbindenhet och tidigare handlande begränsar Region Skånes arbete med ersättningssystemet. Även om vi antar att regionens arbete sker enligt rationella kalkyler finns det begränsningar i vilka beslut som kan tas. Trögrörligheten i justeringen av läkemedelsersättningen mellan 2017 och 2021 är det kanske tydligaste beviset på detta.

En begränsning som måste nämnas för min studie är att den faktiska vården inte undersöks. Genom uppsatsen har jag argumenterat för att geografiska fördelningen av vårdcentraler och närhet till vård är centralt även i ett valfrihetssystem där medborgarna väljer vårdcentral. Men till sist är det den faktiskt utförda vården som är det som förebygger ohälsa och räddar liv. Studier likt denna uppsats har ett värde men bör kompletteras med ytterligare studier som undersöker vårdens kvalitet för att ge en helhetsbild av primärvården. Geografisk jämlikhet har föga betydelse om vården som ges är undermålig.

En annan begränsning med min uppsats är att det är oklart om de Regionala statistikområden (RegSO) som jag använt för att operationalisera bostadsområden fångar in det geografiska områdets storlek som privata företag tittar på när de funderar på att starta en vårdcentral. När vårdcentralen väl är etablerad bör RegSO vara ett utmärkt datamaterial för att från medborgarnas perspektiv undersöka jämlikheten i fördelningen av vårdcentraler. Det går att argumentera för att RegSO är att föredra framför tidigare studiers datamaterial. Det finns inget perfekt datamaterial som kan definiera det geografiska områdets storlek som privata företag tittar på när de funderar på att starta en vårdcentral. Det beror på att det inte finns något bra teoretiskt mått på vilken geografisk storlek på områden privata vårdföretag faktiskt tittar på inför en etablering av en vårdcentral. Kunskap om vilken geografisk storlek på områden privata företag tittar på inför en etablering av en vårdcentral måste troligtvis tas fram via intervjuer, sådan kunskap skulle även vara av nytta för regionerna som fortfarande har ett ansvar för medborgarnas vård.

En ytterligare brist med geografiskt data som jag använt är att sådan data bara fångar in begränsade aspekter av kompetensförsörjning och andra fenomen som jag beskrivit genom uppsatsen. Låt mig ta ett exempel: I datamaterialet identifierades vårdcentraler som startats i områden där mycket folk rör sig men där få personer faktiskt bor, ett exempel på ett sådant område är köpcentrum. Ett så kallat cream-skimming beteende från vårdcentralens sida skulle kunna vara att etablera sig vid ett köpcentrum och sedan försöka lista personer som ofta besöker köpcentret. Detta

potentiella beteende är något som inte går att fånga upp med de geografiskt grundade data som använts i denna uppsats.

Avslutningsvis är det främst tre mer övergripande slutsatser som jag vill lyfta fram. För det första lyfter litteraturoversikter såsom Burström m.fl. (2017) och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2021b) fram att kunskaper om valfrihetens effekter på vården är relativt begränsad, min uppsats bidrar med kunskap på detta område. I uppsatsen finns argument för att fri etablering för privata aktörer inte har påverkat jämlikheten negativt i geografisk fördelningen av vårdcentraler i motsats till farhågor om detta. Däremot har jag lagt fram argument fram för att nyetableringar av vårdcentraler främst sker i städer och tätbefolkade kommuner, detta leder till en ökad valfrihet för medborgare i städer medan boende på landsbygden visserligen har tillgång till sin vårdcentral men de blir samtidigt mer begränsade i sin valfrihet. Detta är intuitivt rimligt i ett mer efterfrågestyrt vårdcentralsystem; mer efterfrågan leder i städer till mer vårdcentraletableringar medan begränsad efterfrågan på landsbygden leder till färre vårdcentraler. Här finns frågor för framtida forskning som handlar om jämlik valfrihet ur ett medborgarperspektiv.

För det andra visar sig Broms m.fl. (2021) vara något på spåren i deras studie som definierar skilda vinstintressen mellan privata ägandeformer. Definitionen av privata ägandeformer jag gjort är något annorlunda än i studien av Broms m.fl. Men min uppsats pekar också på att skilda vinstintressen mellan privata ägandeformer bör kunna undersökas och identifieras. Även om det var relativt få företag som undersöktes i min uppsats så bekräftades så gott som alla teoretiska förväntningar i det empiriska materialet. I ett samhälle som alltmer sammanblandar offentligt och privat i välfärdssektorn är denna uppsats ett exempel på att denna enkla tvådelade uppdelning riskerar att gömma intressanta resultat. Framtida studier har här ett smörgåsbord av välfärdstjänster att undersöka om olika ägandeformer leder till olika utfall, ett exempel kan här vara att likt Broms m.fl. fokusera på äldreomsorgen som har en högre andel icke-vinstdrivande privata alternativ än övriga välfärdsområden i Sverige.

För det tredje vill jag till slut också hävda att den rational choice inspirerade sjukvårdslitteraturen skulle må bra av att kompletteras med ytterligare teoretiska angreppssätt. I denna uppsats har spårbundenhet och imitation lagts fram som förklaringsmodeller för Region Skånes arbete med ersättningssystemet till vårdcentralerna. Mitt resultat pekar på att analyser med ramverk såsom mitt reformteoretiska har värdefulla kunskapsbidrag att göra. Min bild är att statsvetare i högre grad bör vända blicken mot det svenska sjukvårdssystemet. Sjukvården i allmänhet och primärvården i synnerhet har genomgått stora politiskt drivna förändringar under 2000-talet.

7 Referenser

- Aggarwal, Ajay., Daniel Lewis., Malcolm Mason., Richard Sullivan & Jan van der Meulen, 2017. "Patient Mobility for Elective Secondary Health Care Services in Response to Patient Choice Policies: A Systematic Review", *Medical Care Research and Review*, vol 74. nr 4, s. 379-403.
- Allians för Skåne. 2014. *Obalanserad politisk organisation*. <https://www.mynewsdesk.com/se/alliansforskane/pressreleases/obalanserad-politisk-organisation-1078109>. Hämtdatum: 2022-05-19.
- Andersson, Catrin., Magnus. Erlandsson & Göran. Sundström., 2017. *Marknadsstaten: Om vad staten gör med marknaderna – och vad marknaderna gör med staten*. Stockholm: Liber.
- Anell, Anders., Margareta. Dackehag & Jens. Dietrichson, 2018. "Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices?", *BMC Health Services Research*, vol 18. nr 179. [Elektronisk]. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2983-3>. Hämtdatum: 2022-02-25.
- Baker, Elizabeth H. 2014. *Socioeconomic Status, Definition*. <https://doi.org/10.1002/9781118410868.wbehibs395>. Hämtdatum 2022-06-04.
- Beckman, Anders & Anders. Anell, 2013. "Changes in health care utilisation following a reform involving choice and privatisation in Swedish primary care: a five-year follow-up of GP-visits", *BMC Health Services Research*, vol 13. nr 452. [Elektronisk]. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-452>. Hämtdatum: 2022-02-26.
- Blix, Mårten & Jordahl. Henrik. 2021., *Privatizing Welfare Services: Lessons from the Swedish Experiment*. Oxford: Oxford University Press.
- Blomgren Jenni & Lauri J. Virta, 2020. "Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland", *PLoS ONE*, vol 14. nr 4. [Elektronisk]. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231792>. Hämtdatum: 2022-02-25.
- Bolagsverket. u.å. *Bolagsverket sök företagsinformation*. <https://foretagsinfo.bolagsverket.se/sok-foretagsinformation-web/foretag>. Hämtdatum: Sökningar under februari-mars 2022.
- Bolagsfakta. u.å. <https://www.bolagsfakta.se/>. Hämtdatum: Sökningar under februari-mars 2022.
- Broms, Rasmus., Carl Dahlström & Marina Nistotskaya. 2021. *Provider Ownership and Service Quality: Evidence from Swedish Residential Care Homes*. Rapport från Working Paper Series: 2021:7. Göteborg: Quality of Government institutet. [elektronisk]. https://www.gu.se/sites/default/files/2021-10/2021_07_Broms_Dahlstrom_Nistotskaya.pdf. Hämtdatum: 2022-01-27.
- Burström. Bo., Kristina. Burström., Gunnar. Nilsson., Göran. Tomson., Margareta. Whitehead & Ulrika. Winblad, 2017. "Equity aspects of the Primary Health

- Care Choice Reform in Sweden – a scoping review”, *International Journal for Equity in Health*, vol 16. nr 29. [Elektronisk]. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0524-z>. Hämtdatum: 2022-01-25.
- Dagens Nyheter Ledare. 2021. *Ledare: Varför springer stockholmarna så mycket till doktorn?*. Ledartext. 2021-11-01. [Elektronisk]. <https://www.dn.se/ledare/ledare-varfor-springer-stockholmarna-sa-mycket-till-doktorn/>. Hämtdatum: 2022-01-29.
- Delegationen mot segregation. u.å. *Segregationsbarometern: Skåne län*. <https://segregationsbarometern.delmos.se/lan/skane-lan/>. Hämtdatum: Besök under februari-mars 2022.
- Djurfeldt, Göran., Rolf. Larsson & Ola. Stjärnhagen., 2010. *Statistisk vertygslåda: Samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. uppl 2. Lund: Studentlitteratur.
- Esaiasson, Peter., Mikael. Gilljam., Henrik. Oscarsson., Ann. Towns & Lena. Wägnerud., 2017. *Metodpraktikan: konsten att studera samhälle, individ och marknad*. uppl 5. Stockholm: Norstedts.
- Esping-Andersen, Gösta., 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Folkhälsomyndigheten. 2021. *Folkhälsans utveckling – årsrapport 2021*. Rapport från Folkhälsomyndigheten Artikelnummer: 21014. Solna: Folkhälsomyndigheten.
- Fredriksson, Mio, 2013. ”Is patient choice democratizing Swedish primary care?”, *Health Policy*, vol 111. nr 1, s. 95-98.
- Glenngård, Anna, 2016. “Experiences of Introducing a Quasi-Market in Swedish Primary Care: Fulfilment of Overall Objectives and Assessment of Provider Activities”, *Scandinavian Journal of Public Administration*, vol 20. nr 1, s. 71-86.
- Hair jr, Joseph F., William C. Black., Barry J. Babin & Rolph E. Anderson., 2019. *Multivariate Data Analysis*. uppl 8. Hampshire: Cengage.
- Hall, Patrik., 2012. *Managementbyråkrati: Organisationspolitisk makt i svensk offentlig förvaltning*. Malmö: Liber.
- Hall. Peter., 2016. “Politics as a Process Structured in Space and Time”. i Orfeo. Fioretos., Tulia G. Falletti & Adam Sheingate (red.) *The Oxford Handbook of Historical Institutionalism*. Oxford: Oxford University press, s. 34-50.
- Hart, Oliver., Andrei. Shleifer & Robert W. Vishny, 1997. “The Proper Scope of Government: Theory and an Application to Prisons”, *The Quarterly Journal of Economics*, vol 112. nr 4, s. 1127-1161.
- Hayek von, Friedrich., 2005. *The Road to Serfdom: with The Intellectuals and Socialism*. London: Institute for Economic Affairs.
- Intervjuperson ett = Tjänsteman Region Skåne. Intervju april 2022.
- Intervjuperson två = Tjänsteman Region Skåne. Intervju via videolänk april 2022.
- Isaksson David., Paula. Blomqvist & Ulrika. Winblad, 2016. “Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity”, *BMC Health Services Research*, vol 16. nr 28. [Elektronisk]. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1259-z>. Hämtdatum: 2022-01-25.

- Isaksson, David., Paula. Blomqvist., Ronnie. Pingel & Ulrika. Winblad, 2017. "Risk selection in primary care: a cross-sectional fixed effect analysis of Swedish individual data", *BMJ Open*, Vol 8. nr 10. [Elektronisk]. <https://bmjopen.bmj.com/content/8/10/e020402>. Hämtdatum: 2022-01-25.
- Jacobsson, Bengt., Jon Pierre & Göran Sundström., 2015. *Governing the Embedded State: The Organizational Dimension of Governance*. Oxford: Oxford University Press.
- Johansson & Karlsson-Norrstad 2022. Skolvärlden debattartikel "Nya skolfack måste säga nej till aktiebolag i skolsystemet".
- Johansson, Naimi. 2021. *Vad kan förklara regionala skillnader i svensk hälso- och sjukvård?*. Rapport från SNS Analys: 75. Stockholm: Studieförbundet för näringsliv och samhälle.
- Knutsson, Daniel & Björn. Tyrefors, 2022. "The Quality and Efficiency of Public and Private Firms: Evidence from Ambulance Services", *The Quarterly Journal of Economics*. [Elektronisk]. <https://doi.org/10.1093/qje/qjac014>. Hämtdatum: 2022-05-08.
- Kullberg, Linn., Paula. Blomqvist & Ulrika. Winblad, 2018. "Market-orienting reforms in rural health care in Sweden: how can equity in access be preserved?", *International Journal for Equity in Health*, vol 17. nr 123. [Elektroniskt]. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0819-8>. Hämtdatum: 2022-01-25.
- Lindgren, Peter., 2014. *Ersättning i sjukvården: Modeller, effekter, rekommendationer*. Stockholm: SNS förlag.
- Lowndes, Vivien & Mark, Roberts., 2013. *Why Institutions Matter: The New Institutionalism in Political Science*. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Läkartidningen 2018. *Landstingen tar upp kampen om digital vård*. Nyhetsartikel. 2018-02-07. [Elektronisk]. [Landstingen tar upp kampen om digital vård \(lakartidningen.se\)](http://landstingen.se). Hämtdatum: 2022-05-19.
- Läkartidningen 2022. *Möjligt bud på Capios ägare: 140 miljarder*. Nyhetsartikel. 2022-04-21. [Elektronisk]. [Möjligt bud på Capios ägare: 140 miljarder \(lakartidningen.se\)](http://landstingen.se). Hämtdatum: 2022-05-19.
- March, David., Selen A. Ercan & Paul. Furlong., 2018. "A Skin Not a Sweater: Ontology and Epistemology in Political Science" i Vivien. Lowndes., David. March & Gerry Stoker (red.) *Theory and Method in Political science*. uppl 4. Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Molander, Per. 2017. *Dags för omprövning – en ESO-rapport om styrning av offentlig verksamhet*. Rapport från ESO: 2017:1. Stockholm: Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2018. *Förnuft och känsla: Befolkningens förtroende för hälso- och sjukvården*. Rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: 2018:4. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021a. *Långt borta men nära: Kartläggning av primärvården i landsbygden*. Rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: 2021:11. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2021b. *En lag som kräver omtag: Uppföljning av patientlagens genomslag, med en fördjupning om valfrihet*. Rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: 2021:10. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. 2022. *Besök via nätet: Resursutnyttjandet och jämlikhet kopplat till digitala vårdbesök*. Rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys: 2021:1. Stockholm: Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Polanyi, Karl., 2012. *Den stora omdaning*. 3. uppl. Lund: Arkiv förlag.
- Pollitt, Christopher & Bouckaert. Geert., 2017. *Public Management Reform : A Comparative Analysis - into the Age of Austerity*. uppl 4. Oxford: Oxford University Press.
- Pålsson, Anne-Marie & Samuelsson. Per. 2022. *Marknadsskolan: en rapport till lärarnas riksförbund*. Rapport beställd av Lärarnas Riksförbund. Stockholm: Lärarnas Riksförbund.
- Ranstad, Karin., Patrik. Midlöv & Anders Halling, 2017. ” Socioeconomic status and geographical factors associated with active listing in primary care: a cross-sectional population study accounting for multimorbidity, age, sex and primary care”, *BMJ Open*. [Elektronisk]. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/6/e014984.full.pdf>. Hämtdatum: 2022-01-25.
- Region Skåne. 2014a. Förutsättningar för: Ackreditering och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne: gällande år 2014. Hälso- och sjukvårdsnämnden.
- Region Skåne. 2014b. Förutsättningar för: Ackreditering och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne: gällande år 2015. Hälso- och sjukvårdsnämnden.
- Region Skåne. 2015. Förutsättningar för: Ackreditering och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne: gällande år 2016. Hälso- och sjukvårdsnämnden.
- Region Skåne. 2016. Förfrågningsunderlag för Ackreditering och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne gällande år 2017. Hälso- och sjukvårdsnämnden.
- Region Skåne. 2017a. Förfrågningsunderlag och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne: Gällande år 2018. Hälso- och sjukvårdsnämnden.
- Region Skåne. 2017b. Förfrågningsunderlag för Avtal avseende Vårdcentral i Vårdval Skåne gällande år 2018– Förtydligande till förändringar. Koncernkontoret Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning Enheten för uppdragsstyrning.
- Region Skåne. 2018. Förfrågningsunderlag och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne: Gällande år 2019. Hälso- och sjukvårdsnämnd.
- Region Skåne. 2019. Förfrågningsunderlag och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne: Gällande år 2020. Hälso- och sjukvårdsnämnd.
- Region Skåne. 2020. Förfrågningsunderlag och Avtal för Vårdcentral i Hälsoval Skåne: Gällande år 2021. Hälso- och sjukvårdsnämnd.
- Region Skåne. 2021. *Mandatperioden 2018 - 2022*. <https://www.skane.se/politik-och-demokrati/Sa-styrs-Region-Skane/Mandatperioden-2018-2022/>. Hämtdatum: 2022-05-19.
- Region Skåne. 2022. *Hälsoval – Statistik*. <https://vardgivare.skane.se/uppdrag-avtal/uppfoljning/omraden-verksamheter/halsoval-statistik/>. Hämtdatum: 2022-05-18.

- Region Stockholm 2020. *Adjusted Clinical Groups, ACG*. <https://vardgivar-guiden.se/administration/verksamhetsadministration/rapportera/vardin-formatik/klassifikationer/acg/>. Hämtdatum: 2022-05-19.
- Riksrevisionen. 2014. *Primärvårdens styrning: efter behov eller efterfrågan?*. Rapport från Riksrevisionen: RiR 2014:22. Stockholm: Riksrevisionen.
- SFS 2008:962. Om valfrihetssystem.
- SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslag.
- Shleifer, Andrei, 1998. "State versus Private Ownership." *Journal of Economic Perspectives*, vol 12. nr 4, s. 133-150.
- SOU 2018:55. Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv: Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning. Utredningen Styrning för en mer jämlik vård delbetänkande.
- SOU 2021:89. *Sverige under pandemin: Volym 2: Sjukvård och folkhälsa*. Utredningen Coronakommissionens delbetänkande.
- Statistiska centralbyrån u.å.a). *Statistikdatabasen*. <https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/>. Hämtdatum: Besök under februari-april 2022.
- Statistiska centralbyråns (u.å.b). *Tätorter*. <http://www.scb.se/mi0810>. Hämtdatum: 2022-05-19.
- Svenska Dagbladet 2020. *Krys succéaffär – att hitta kryphål i systemen*. Reportage. 2020-10-01. [Elektronisk]. <https://www.svd.se/a/A12KQr/krys-succéaffar-att-hitta-kryphal-i-systemen?metering=premium-klarna>. Hämtdatum: 2022-05-19.
- Svenska Dagbladet 2021. *Skämt-tankesmedjan tog över skoldebatten*. Reportage. 2021-02-01. [Elektronisk]. <https://www.svd.se/a/GaP7PB/gjorde-marknads-skola-till-debattens-hetaste-ord>. Hämtdatum: 2021-02-02.
- Svenska Dagbladet 2022. *Vård utan vinstsyfte vanligt på kontinenten – ovanligt i Sverige*. Artikel. [Elektronisk]. <https://esvd.svd.se>. Hämtdatum: 2022-05-21.
- Sveréus, Sofia., Gustav. Kjellsson & Clas Rehnberg, 2018. "Socioeconomic distribution of GP visits following patient choice reform and differences in reimbursement models: Evidence from Sweden", *Health Policy*, vol 122, s. 949-956.
- Tayyari-Dehbarez, Nasrin., Dorte. Gyrd-Hansen., Niels. Ulbjerg & Rikke. Søgaard, 2018. "Does free choice of hospital conflict with equity of access to highly specialized hospitals? A case study from the Danish health care system", *Health Policy*, Volume 122, Issue 7, s. 722-727.
- Tillväxtverket. 2021. Städer och landsbygder. <https://tillvaxtverket.se/statistik/regional-utveckling/regionala-indelningar/stader-och-landsbygder.html>. Hämtdatum: Besök under februari-april 2022.
- Tribo, Gilbert., Anna. Mannfalk., Birte. Sandberg & Per. Einarsson. 2021. Nu infriar vi löftet om vården i Skåne. Debattartikel. 2021-12-01. [Elektronisk]. <https://www.kristianstadsbladet.se/debatt/nu-infriar-vi-det-loftet-om-varden-i-skane-c420a4c5/>. Hämtdatum: 2022-05-19.
- Vengberg, Sofie., Mio. Fredriksson., Bo. Burström., Kristina. Burström & Ulrika. Winblad, 2021. Money matters – primary care providers' perceptions of payment incentives. *Journal of Health Organization and Management*, vol 35. nr 4, s. 458-474.
- Vårdföretagarna Almega, 2019. *10 år med LOV: En historisk reform i behov av förnyelse*. Rapport beställd av Vårdföretagarna Almega. [Elektronisk].

<https://www.almega.se/app/uploads/sites/3/2019/06/lov-rapport-slutversion-i-mall-190527.pdf>. Hämtad 2022-03-29.

8 Bilaga

Tabell 9 är en summering av Region Skånes ersättningsystem. Utöver vad som framgår i tabellen är det värt att nämna att regionen inför året 2021 införde ett tillägg på 75 000 kronor i månaden till vårdcentraler *placerade i landsbygd*. Två krav behöver vara uppfyllda för *landsbygdersättningen*; dels att vårdcentralen ska vara belägen mer än 10 kilometer från tätort med fler än 10 000 invånare, dels att vårdcentralen behöver ha fler än 1500 listade personer.

Den resultatstyrning som Region Skåne använt under undersökningsåren är den *målrelaterade ersättningen* samt *täckningsgrad*. Den målrelaterade ersättningen innebär flertalet sidor av olika mål där olika vårdcentraler som uppfyller målen får en extra ersättning. Täckningsgrad är också en typ av resultatstyrning (se, Lindgren 2014, s. 27-28). Täckningsgrad avser hur stor andel av patienternas besök som kan sägas ske på rätt typ av vårdinstitution. Exempelvis framkommer i förfrågningsunderlagen att vårdcentraler som 2018 uppnår en täckningsgrad på 63 procent får ett påslag på sin ersättning med 1,6 procent. De vårdcentraler som inte når upp till 63 procent får ett avdrag på 1,6 procent på sin ersättning. Över åren 2014 till 2021 syns en minskning i resultatstyrd ersättning eftersom påslaget och avslaget på täckningsgraden successivt minskat sedan 2019. Även den målrelaterade ersättningen har över tid fasats ut av regionen.

Tabell 9. Summering av Region Skånes ersättningssystem för vårdcentraler 2014 till 2021.

År	Vårdersättning (kr/medborgare) ¹	Läkemedels- ersättning (kr/medborgare)	Viktning av Läkemedels- ersättning	Målrelaterad ersättning (% av total ersättning)	Gräns täckningsgrad % (påslag % / avdrag %)
2014	226 ²	51	80% ACG, 20% CNI	3%	58 (1,6 / 1,25)
2015	236	49	80% ACG, 20% CNI	3%	63 (1,6 / 1,6)
2016	242	51	80% ACG, 20% CNI	2%	63 (1,6 / 1,6)
2017	248	59	80% ACG, 20% CNI	-	63 (1,6 / 1,6)
2018	261	60 ³	85% kön och ålder, 15% CNI	-	63 (1,6 / 1,6)
2019	284	60 ³	90% kön och ålder, 10% CNI	-	63 (1,4 / 1,4)
2020	294	60 ³	95% kön och ålder, 5% CNI	-	63 (1,2 / 1,2)
2021	305	Ej data ⁴	100% kön och ålder	-	-

Källa: Egna bearbetningar av Region Skånes förfrågningsunderlag; Region Skåne 2014a, 2014b, 2015, 2016, 2017a, 2018, 2019, 2020). Kommentar: Vårdersättning utgör cirka 70% av totala ersättningen och läkemedelsersättningen ca 15% (2018 års siffra). För vårdersättningen anges offentliga vårdcentralernas siffror, privata vårdcentraler har en något högre ersättning (ca 3% fram till 2019-07-01, sedan dess 4,5%). Skillnaden är menad att kompensera för momsavdrag vilket endast offentliga vårdcentraler kan göra. ¹Vårdersättningen har konsekvent viktats efter 80% ACG och 20% CNI. ²225 fram till 2014-04-01 då en höjning med 1kr gjordes med motiveringen att krav på dietistkompetens tillkommit. ³Egen uträkning, faktisk siffra saknas i förfrågningsunderlaget. ⁴Saknas beräkningsunderlag.

I tabell 10 redovisas beskrivande statistik för variabler som använts vid medelvärdesanalysen i tabell 5. Även källhänvisning per variabel framgår.

Tabell 10. Beskrivande statistik för RegSO och kommuner det finns vårdcentraler i året 2021 samt källhänvisning.

Variabler	Medelvärde	Median	Min.	Max.	Skewness	Kurtosis
<u>RegSO</u>						
* ^{1,2} Socioekonomiskt index	12,6	10,4	2,1	40,6	1,40	2,40
* ^{1,2} Disponibel inkomst per konsumtionsenhet (median)	233 555	235 100	124 900	352 900	-0,04	-0,10
* ¹ % med högst förgymnasial utbildning	12,6	11,7	1	38	0,75	0,64
¹ % Med utländsk bakgrund	34	29,7	8,1	89,7	0,95	0,28
* ¹ % inskrivna arbetslösa	18,1	16,7	4,6	53,6	1,1	1,65
^{1,2} % valdeltagande landsting (2018)	80,8	82	55	96	-0,79	0,33
¹ % 0-4 år gamla	5,6	5,58	1,9	11	0,14	0,86
¹ % >64 år gamla	20,4	20,24	4,0	40,7	0,21	-0,03
<u>Kommun</u>						
¹ Invånare per kvadratkilometer	691	298	23	2241	1,14	-0,58
¹ Skattekraft per invånare	206 557	202 008	172 122	284 442	1,78	4,58
¹ kommunalvalsresultat M (2018)	22,4	20,7	6,9	50,4	1,22	2,33
¹ kommunalvalsresultat SD (2018)	19,3	18,9	8,5	35,3	0,23	-0,50

Källor: Egna bearbetningar av ¹Statistiska centralbyrån u.å.a, ²Delegationen mot segregation u.å. och ³Tillväxtverket 2021. Kommentar: *siffror från 2020, resterande 2021. N = 163. Kommungrupper redovisades separat.

Kopplingen mellan RegSO, kommun och vårdcentraladress har skett manuellt via Delegationens mot segregation (u.å.) karttjänst. Med länken nedan nås ett Excelblad över kopplingen. Notera att om ”*ortsnamn*” och ”(-” funnits med i RegSO-namnet har de tagits bort i hanteringen av datamaterialet.

Länk:<https://github.com/ChristianKoppenEdv/STVM25/blob/a362324d58f009e8e3c73a43af090cc6e3d715b7/V%C3%A5rdcentral%20kopplat%20till%20RegSO.xlsx>.

Bilagan nedan är den information som intervjupersonerna fått innan respektive intervju.

Vill du bli intervjuad för en masteruppsats i statsvetenskap?

Hej!

Detta är den formella förfrågan om du vill delta i en intervju om Region Skånes arbete och styrning gällande utbudet av vårdcentraler. Resultatet av intervjun tillsammans med övrig datainsamling är ett underlag för en masteruppsats i statsvetenskap vid Lunds universitet. Intervjuplats är flexibel, intervjun skulle kunna ske på ditt kontor eller via videolänk om så önskas.

Intervjun kommer att behandla hur ni på regionen internt organiserar arbetet med vårdcentralerna. Samt hur ni arbetar med och styr vårdcentralerna. Så gott som det går kommer intervjun även behandla eventuella förändringar i arbetet senaste åren.

Uppsatsen förväntas vara färdigexaminerad i slutet på maj 2022.

På nästa sida finns en beskrivning om hur jag kommer hantera intervjumaterialet. Samt mina kontaktuppgifter.

Med vänlig hälsning

Christian Koponen Edvardsson, uppsatsförfattare.

Hantering av intervjumaterialet

I uppsatsen kommer ditt namn att anonymiseras, samt framgå att du är opolitisk tjänsteman som arbetar med styrningen av primärvården på Region Skåne. Mot ditt godkännande kommer din titel att ingå. Vill du inte att din titel står med i uppsatsen ska du kryssa i rutan nedan. Mot godkännande kan du komma att citeras i uppsatsen. Vill du inte citeras kryssa i rutan nedan.

Det du säger under intervjun kommer att spelas in och sedan transkriberas. När inspelningen är transkriberad kommer inspelningen att raderas. Endast jag som uppsatsförfattare har tillgång till råmaterialet från intervjun. Den transkriberade intervjutexten kommer att sparas tills uppsatsen är färdigexaminerad och godkänd. Vid händelse av att någon begär ut transkriberingen kommer jag endast mot ditt godkännande att lämna ut denna.

Jag har tagit del av underlaget och godkänner deltagandet i intervjun via signatur nedan:

Jag vill inte att min titel framgår i uppsatsen

Jag vill inte bli citerad i uppsatsen

Namnförtydligande:

Signatur:

[Här bifogades kontaktuppgifter till mig själv samt uppsatshandledare]

Bilagan nedan är den intervjuguide som jag utgått ifrån vid intervjuerna.

Efter intervjusvar ställdes ibland en följdfråga om eventuella förändringar senaste åren. Kommentarer i parentes är områden som följdes upp om intervjupersonen ej tog upp detta vid initial fråga.

- Berätta kort om din roll, gärna kopplat till arbetet med och mot vårdcentraler?
- Hur ser regionens organisation ut som arbetar med vårdcentraler?
- Ungefär hur många avdelningar och personer arbetar mot vårdcentralerna?
(t.ex. i arbetet med förfrågningsunderlaget)
- Hur ser dialogen ut med vårdcentralerna?
(till exempel kring förändring av ersättningen)
- Finns det någon arbetsgrupp och/eller fokusområde på geografiska dimensionen av vårdcentralutbudet?

Vilka fokuspunkter har ni i så fall i geografisk placering?
(t.ex. socioekonomi? Kommuner? Stad-land? m.m.)
- Finns det några områden ni identifierat som är svårare att etablera vårdcentraler i?
- Hur sker den eventuella uppföljningen av geografiska fördelningen av vårdcentraler?
(ACG? CNI?)
- Söker regionen själva upp aktörer eller på annat sätt "hintar" om att en geografisk plats behöver en vårdcentral?
- Hur sker beslut om att starta en vårdcentral i egen, regional regi?
- Sker kontakt med andra aktörer vid etablering av en vårdcentral?
(t.ex. kommuner?)
- I vilket stadiet av verksamhetsuppstarten brukar intressenter vara i när de kontaktar er på regionen om en etablering?

Skiljer sig stadiet av verksamhetsuppstarten mellan ägandeformer?
(t.ex. skillnad mellan vårdkoncerner och enskild läkare som startat ett privat aktiebolag)
- Har ni några formella verktyg för att stoppa nyetableringar av vårdcentraler?
- Har ni någon dialog med den statliga nivån angående LOV?

Vad är din bild av statliga styrningen av primärvården?
(t.ex. lagstiftning, överenskommelser med SKR, andra eventuella informella kontakter)
- Uppsatsen undersöker arbetet med jämlik geografisk fördelning av vårdcentraler, har du några övriga reflektioner kring regionens arbete med denna fråga?
- Något annat du vill tillägga?